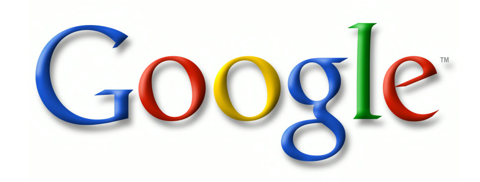
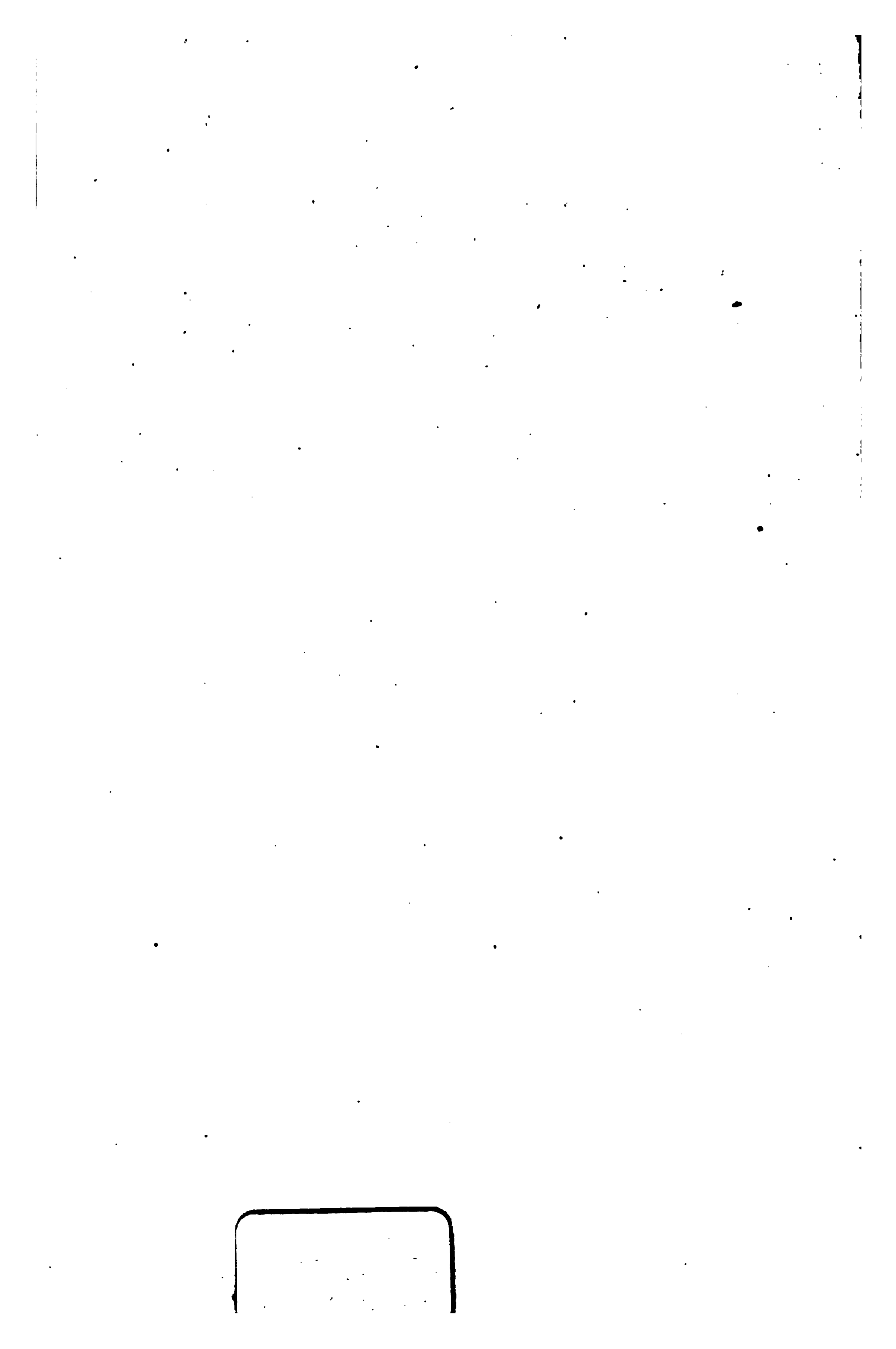




REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES



REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

**Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur ès sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie
expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.**

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

GIUSEPPE BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Pétersbourg.

R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen.

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

E. VERRIER
ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté de Médecine de Paris.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

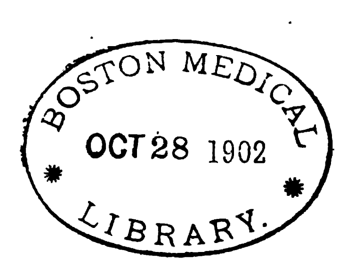
Dr Jules BATUAUD

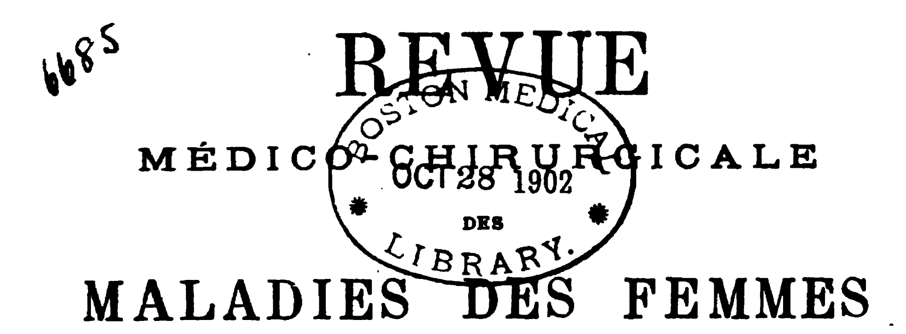
Ancien interne de Saint-Lazare

TOME DIX-SEPTIÈME

PARIS
ADMINISTRATION ET RÉDACTION
45, BOULEVARD MALESHERBES, 45

1895


BOSTON MEDICAL
OCT 28 1902
LIBRARY.



REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

NOTRE PROGRAMME

—

La *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* commence, avec ce numéro, sa dix-septième année.

Depuis la fondation de ce journal, la gynécologie a subi des transformations considérables et a fait des progrès de la plus haute importance, aussi bien au point de vue nosographique qu'au point de vue thérapeutique.

L'étiologie des inflammations pelviennes s'est élucidée de la façon la plus remarquable, grâce aux notions bactériologiques récemment acquises. L'histoire clinique, la symptomatologie, le diagnostic et l'anatomie pathologique des lésions inflammatoires des annexes ont été pour ainsi dire créés de toutes pièces pendant cette période, portant une vive lumière dans la question jadis si obscure des pelvi-péritonites et des cellulites pelviennes. La tuberculose génitale a été étudiée en même temps et décrite d'une facon beaucoup plus complète. La grossesse extra-utérine et l'hématocèle sont actuellement bien mieux connues, ainsi que les tumeurs solides des annexes, etc., etc.

Au point de vue thérapeutique, ce n'est plus seulement à une transformation de la gynécologie que nous avons assisté, mais

bien à une véritable révolution. Confiants dans les ressources de l'antiseptie, les chirurgiens se sont attaqués aux affections de l'utérus et des annexes avec une ardeur que le succès a souvent justifié ; le curettage de la cavité utérine a été remis en honneur, la restauration des déchirures du col est entrée dans la pratique courante, la périnéorrhaphie s'est simplifiée, l'hystéropexie a été inventée, la castration tubo-ovarienne et l'hystérectomie totale sont devenues des opérations courantes. Dans cette prise de possession de la gynécologie par la chirurgie, il y a eu et il devait y avoir forcément des abus et des excès de pouvoir. Actuellement tout le monde reconnaît qu'on a fait des castrations inutiles pour lésions curables des annexes, qu'il ne faut pas hystérectomiser de parti pris tous les fibromes, et ceux-là sont peu nombreux qui soutiennent la légitimité des mutilations pour de simples névralgies pelviennes.

Pendant que la gynécologie opératoire se perfectionnait, la gynécologie médicale progressait, de son côté, d'une façon moins brillante sans doute, mais nous pourrions dire d'une façon peut-être trop modeste, car elle se rénovait elle-même complètement. L'électricité gynécologique était l'objet de nombreux travaux, le massage pelvien voyait ses indications et sa technique se préciser, le drainage de l'utérus par les voies naturelles était imaginé, l'évacuation des abcès pelviens par l'incision vaginale rencontrait d'ardents défenseurs, la thérapeutique locale de l'utérus devenait active et énergique. En réalité, la gynécologie dite médicale d'aujourd'hui ne ressemble nullement à la gynécologie expectante (et trop souvent infectante) des médecins gynécologues d'il y a vingt ans, car elle est à la fois active et aseptique — son vrai nom est la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

Nous sommes précisément arrivés en ce moment à une période de réaction contre les mutilations sans nécessité absolue, et la gynécologie conservatrice est celle de l'avenir.

C'est cette gynécologie que nous défendons et que nous vulgarisons de notre mieux dans ce journal.

Les ressources de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice sont infiniment plus considérables que ne le supposent ceux qui voudraient ramener toute la thérapeutique des maladies des femmes à la castration ou à l'hystérectomie. Ces ressources sont représentées par un certain nombre d'opérations non mutilantes (restauration du col, curettage, incision vaginale pour évacuer les abcès pelviens, périnéorrhaphie, ablation des polypes utérins, etc.) par les divers modes d'électrisation de l'utérus, par le massage pelvien, par toute une série de moyens thérapeutiques locaux qu'il serait trop long d'énumérer. Nous n'hésitons pas à déclarer, en nous appuyant sur notre expérience de chaque jour, que cette gynécologie, en apparence bien modeste et bien anodine, si on la compare aux grandes interventions chirurgicales, donne cependant les résultats les plus satisfaisants quand on sait en faire une application judicieuse.

Mais, il faut bien le dire immédiatement, la gynécologie dont nous parlons, pour donner son maximum d'effets, doit se servir de tous les moyens d'action dont elle dispose, suivant les indications de chaque cas à traiter, et nous ne comprenons pas plus le médecin qui demande tout à l'électricité ou encore qui a recours exclusivement au massage gynécologique que nous ne pouvons admettre qu'on veuille résumer toute la thérapeutique chirurgicale des affections pelviennes dans la castration tubo-ovarienne ou dans l'hystérectomie. Pour faire de la bonne gynécologie, il faut, avant tout, n'être pas systématique.

Exposer les indications précises de chacun des procédés de la thérapeutique gynécologique conservatrice, décrire avec soin la technique de chacun de ces procédés, en montrer les résultats, tel est le but que nous nous proposons dans ce journal; en agissant ainsi, nous espérons être utiles à nos lecteurs

et les mettre en situation de rendre les plus grands services à leurs malades. C'est le plus souvent en désespoir de cause et parce que les praticiens se sont déclarés incapables d'améliorer un cas donné que ce cas passe entre les mains d'un chirurgien qui fait alors son métier de chirurgien et enlève des organes que le médecin n'a pas su guérir. La vulgarisation des procédés de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice est donc une nécessité absolue, si l'on veut voir la gynécologie évoluer dans le sens de la conservation, ainsi que l'exige l'intérêt des malades.

Dans chacun de ses numéros, la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* publie :

1° Une REVUE DE GYNÉCOLOGIE sur les questions à l'ordre du jour. Cette revue, à la fois analytique et critique, a pour but de tenir nos lecteurs au courant des sujets d'actualité, de faire connaître les nouvelles méthodes de traitement, les découvertes récentes au point de vue étiologique, nosologique ou thérapeutique et de les discuter sans parti pris, mais toujours avec une indépendance complète, en prenant comme point de comparaison ce que nous a appris notre pratique personnelle.

2° Un MÉMOIRE ORIGINAL sur un sujet de gynécologie ou d'obstétrique ou bien une LEÇON CLINIQUE DE SAINT-LAZARE. Notre savant Rédacteur en chef, dont les entretiens cliniques ont toujours été très appréciés de nos lecteurs, en raison de la haute portée pratique de ses écrits, en raison de sa grande expérience et de sa compétence toute spéciale, exposera, dans ces leçons, comment on doit utiliser les diverses ressources de thérapeutique gynécologique dans un cas donné et dans quel ordre il convient de se servir des moyens complexes dont l'indication est fournie par la complexité même des lésions que l'on veut combattre.

3° Un article de TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE dans lequel

sera étudié, d'une façon complète, mais à un point de vue exclusivement pratique et sans détails bibliographiques inutiles, sans historique fastidieux, un des moyens de la thérapeutique conservatrice dans ses indications précises, ses contre-indications, son instrumentation, son manuel opératoire et ses résultats. Nous passerons ainsi successivement en revue les injections et lotions locales, les pansements (vulvaires, vaginaux, intra-utérins), les ceintures, les pessaires, l'électricité, le massage, etc., les scarifications du col ou du canal cervical, le curettage, l'excision des ectropions, l'incision vaginale, la périnéorrhaphie, etc., etc.

4° Une REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES exclusivement au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie.

5° Une REVUE DE LA PRESSE limitée aux mêmes sujets spéciaux.

6° La description des INSTRUMENTS ET APPAREILS nouveaux avec figure, toutes les fois que cela nous sera possible.

7° Un article de BIBLIOGRAPHIE. — Les NOUVELLES et les VARIÉTÉS susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

8° Une REVUE DE THÉRAPEUTIQUE donnant le résumé des principaux travaux de thérapeutique obstétricale ou gynécologique parus récemment.

9° Un FORMULAIRE raisonné écrit spécialement pour les lecteurs de la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*.

Nous croyons qu'un journal spécial, conçu de la façon que nous venons d'exposer est appelé, plus que tout autre, à devenir le GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, en ce qui concerne la gynécologie. Nous faisons appel à tous nos confrères pour qu'ils nous communiquent leurs recherches personnelles, pour qu'ils nous envoient le résumé des résultats qu'ils ont obtenus en gynécologie conservatrice, de même que nous serons heureux d'entrer en relation avec eux et de répondre aux deman-

des qui leur seraient suggérées par la lecture de nos travaux.

En faisant, dans notre journal, la plus large part à la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, nous avons la conviction de faire une œuvre utile.

LA RÉDACTION.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE.

La question des indications et des contre-indications du massage gynécologique est mise à l'ordre du jour par la récente discussion de la *Société de Chirurgie de Paris* (séance du 2 janvier 1895), que nos lecteurs trouveront résumée dans une autre partie de ce journal.

MM. Bouilly, Pozzi, Richelot, Championnière ne semblent connaître que les dangers de cette méthode thérapeutique employée sans discernement et par des mains inhabiles. M. Monod, moins exclusif parce qu'il est mieux documenté sans doute, a fait remarquer, d'une façon très judicieuse, à ses collègues, que leur argumentation « jettera peut être trop de discrédit sur une méthode thérapeutique qui, bien appliquée, peut donner de bons résultats ».

Nous n'avons pas attendu jusqu'à ce jour pour insister sur ces difficultés du massage en gynécologie et sur le danger qu'il y aurait à y recourir un peu à l'aveuglette, sans une préparation sérieuse. « Le massage ne peut être pratiqué sans danger, disions-nous en 1890 (1), que par un médecin ou un chirurgien habitué à manier les organes pelviens, sachant en face de quelles lésions il se trouve, susceptible de faire la topographie exacte du cas à traiter, etc. L'habitude de l'examen

(1) Jules Batuaud. Quelques mots sur le massage gynécologique en général. *Revue des maladies des femmes*, novembre 1890.

bi-manuel, en un mot, est la véritable école par laquelle il faut avoir passé avant de faire du massage gynécologique. » Il est donc bien entendu que la première contre-indication du massage est l'absence d'étude préalable des affections pelviennes et M. CHAMPIONNIÈRE a eu raison de dire « qu'il soit fait par des ignorants ou sans souci du diagnostic il est souvent, en pareil cas, une manœuvre dangereuse et coupable ». Nous irons même plus loin et nous dirons que tout cas dans lequel le diagnostic est obscur — de pareils cas se rencontrent même pour les plus éminents gynécologistes — ne doit pas être traité par le massage ; quelques soins préliminaires sans danger, une certaine période de repos, l'emploi des injections chaudes, la désinfection locale, les révulsifs, etc., l'examen réitéré de la malade, permettront souvent de préciser le diagnostic et, alors seulement, l'indication du traitement manuel pourra être posée.

Au risque de faire des redites, il faut bien répéter que, au point de vue pratique, il n'existe pour ainsi dire pas de cas dans lequel le massage doive être appliqué d'une façon exclusive. La restauration des organes pelviens ne s'obtient ordinairement que par l'utilisation simultanée ou successive de plusieurs méthodes thérapeutiques. « Le massage ne s'adresse qu'aux cas *chroniques*, *anciens, apyrétiques,* disions-nous (1), il ne doit être mis en œuvre que sur des *organes désinfectés* au préalable ; ce sera souvent le complément d'un curettage ou d'une série de manœuvres thérapeutiques destinées à combattre l'endométrite et la métrite. »

Tous les *états inflammatoires aigus ou subaigus* de l'utérus ou des annexes contre-indiquent le massage. Même dans les cas anciens et apyrétiques, pour peu qu'il existe de la pelvipéritonite, une augmentation de volume des trompes et des ovaires, on ne devra recourir au traitement manuel qu'avec la plus grande prudence ; on fera des manœuvres très douces, des séances courtes, on prendra la température de la malade

(1) *Loc. cit.*

régulièrement et la moindre poussée fébrile sera considérée comme une raison suffisante pour cesser provisoirement le massage.

L'*aménorrhée* est une contre-indication du massage, tant que ce symptôme ne se montre pas, d'une façon évidente, indépendant d'une grossesse possible, la *grossesse* étant elle-même une contre-indication absolue, à moins de rétroversion non réductible spontanément.

Les *hémorrhagies* utérines ne sont ni une indication, ni une contre-indication ; on les traitera d'abord par le curettage ou par les cautérisations intra-utérines, et le massage n'interviendra que plus tard, s'il y a une déviation à combattre ou des adhérences pelviennes qui, en troublant la circulation locale, pourraient faciliter la récidive de l'endométrite qui a causé les pertes sanguines.

Les *pertes purulentes* sont une contre-indication temporaire au massage ; il faut, au préalable, désinfecter la vulve, le vagin, l'utérus ; s'il y a une pyo-salpingite profluente, le massage peut être indiqué (MURRAY) sous certaines réserves que nous verrons bientôt.

La *douleur* est une indication, bien plus souvent qu'une contre-indication ; il faut, avant tout, en faire la pathogénie, dans chaque cas, et intervenir ou s'abstenir suivant le diagnostic porté.

Nous ne reviendrons pas sur les indications et le manuel opératoire du massage dans le *prolapsus utérin* (voir les Revues de février et mars 1894), ni dans l'*utéroptose* de CHÉRON (voir les Revues d'août 1893 et d'août 1894). Dans ces deux affections, le massage ne présente aucun danger et, associé au besoin aux opérations plastiques vaginales, il donne des résultats excellents pour des cas que l'on traite trop souvent par l'hystérectomie, faute de connaître les bienfaits du mode de traitement dont nous parlons.

Les *latéro-positions* et les *latéro-déviations* de l'utérus consécutives aux rétractions pathologiques des ligaments larges

sont également une des indications les plus nettes du massage qui, s'il ne permet pas un replacement absolument correct de l'utérus, dans tous les cas, supprime néanmoins les douleurs, la difficulté de la marche et met un terme aux lésions atrophiphiques, décrites par Freund, comme conséquence ultime de cette lésion abandonnée à elle-même.

Les *rétrodéviations*, sans lésions importantes des annexes, sont justiciables du massage. Il en est de même des rétrodéviations adhérentes, alors même qu'il y a prolapsus des annexes et léger état inflammatoire des trompes et des ovaires prolabés. Dans les rétrodéviations anciennes, adhérentes, presque toujours on trouve les annexes prolabées et plus ou moins atteintes ; malgré cela (l'utérus ayant été désinfecté, si besoin) la réduction de la rétrodéviation se fait avec un peu de patience et de prudence et on est alors étonné de voir les annexes revenir rapidement à l'état normal. J'ai eu la satisfaction de voir dernièrement accoucher à terme et sans accidents une jeune femme que j'ai soignée, l'année dernière, dans ces conditions : il y avait une rétroflexion accentuée, adhérente, avec prolapsus des annexes derrière l'utérus ; les deux trompes étaient augmentées de volume et elles-mêmes en rétroversion ; en dépit de ces lésions multiples, un traitement patient et complexe a permis une guérison suffisante pour qu'une grossesse fût devenue possible.

Les *antéversions pathologiques* donneraient lieu aux mêmes considérations. J'ajouterai seulement que le massage me semble être le seul moyen qu'on ait à sa disposition pour combattre les douleurs qu'on observe quelquefois (j'en ai publié un cas en janvier 1893) à la suite de l'hystéropexie (*antéfixation pathologique chirurgicale*), à moins de refaire une laparotomie pour détruire la fixation opératoire qui a été trop solide (l'utérus devant, à l'état normal, conserver une assez grande mobilité) ou faite sur un point trop élevé (l'utérus étant alors tiré hors du bassin par les sutures abdominales et tendant à son tour outre mesure le vagin).

Les mêmes remarques sont applicables aux *adhérences épi-*

ploïques ou autres qui surviennent après certaines laparotomies, complication sur laquelle on n'a peut-être pas suffisamment insisté et qu'il y aurait lieu d'étudier.

Les vieilles cicatrices, les *vieilles adhérences pelviennes*, reliquats de para et de périmétrite sont un des triomphes du massage gynécologique. « Il est incontestable, disais-je dans ma Revue déjà citée, qu'on peut, par le massage, détruire des adhérences pathologiques unissant entre eux les organes pelviens et les maintenant dans une position vicieuse. Ramener les organes dans une position tout à fait normale et surtout les maintenir d'une façon durable dans cette position normale n'est pas toujours chose facile, ni peut-être même chose possible dans tous les cas ; mais il n'est pas douteux que tout gynécologiste rompu avec les difficultés de l'examen bi-manuel peut rapidement et sans grand apprentissage arriver à faire disparaître les exsudats chroniques du bassin et à rendre à l'utérus et aux annexes leur mobilité complète. Or, d'après ce que j'ai vu, une fois que les exsudats se sont résorbés, une fois que les organes sont redevenus mobiles dans le bassin, le résultat le plus important a été obtenu, puisque les troubles de la nutrition, les troubles nerveux réflexes, les douleurs, la difficulté de la marche, etc., tous les symptômes les plus pénibles en un mot, disparaissent comme par enchantement. M. Lucas Championnière a vu très juste et a fait de l'excellente observation clinique lorsqu'il a mis, au premier rang des bienfaits de la laparotomie, la rupture des adhérences pathologiques qui unissent entre eux les organes pelviens et qui sont le reliquat des inflammations salpingo-ovariennes ; dans bien des cas, ce n'est pas tant la castration qui rend service que la destruction des adhérences vicieuses, ce que le massage permet de faire aussi bien que la laparotomie. »

A côté de ces indications on peut placer les *tumeurs fibreuses enclavées* et les *tumeurs fibreuses adhérentes,* douloureuses, alors que l'urgence de l'hystérectomie n'est pas démontrée, que la malade ait dépassé la ménopause ou que la ménopause soit prochaine, ou bien encore que le volume de la tumeur

rende l'opération radicale dangereuse et qu'il n'y ait pas d'hémorrhagies rebelles au traitement palliatif.

Pour ne pas allonger outre mesure cette Revue, nous laisserons de côté l'*incontinence d'urine* (Brandt, Narich, etc.), dont nous avons déjà parlé à diverses reprises, notamment dans le numéro de juin 1892, et les *brides utéro-vaginales* récentes, et nous allons préciser les indications du massage dans les lésions des annexes.

Nous l'avons dit et nous le répétons, les *lésions aiguës et récentes des annexes* contre-indiquent le massage. En matière d'inflammation pelvienne, le massage n'est jamais que le complément d'une thérapeutique destinée à éteindre l'inflammation et à obtenir une désinfection aussi complète que possible de la vulve, du vagin et de l'utérus. On comprend l'importance de ces soins primitifs quand on sait que, une fois l'utérus désinfecté, les suppurations pelviennes deviennent stériles, au bout d'un temps plus ou moins long, si on évite toute réinfection utérine.

Les *kystes tubaires complètement fermés* ne doivent pas être traités par le massage, qui ne saurait en rien les modifier. Mais il faut ajouter immédiatement que, contrairement à une opinion très répandue, la pérméabilité de l'ostium uterinum (soit d'emblée, soit après curettage des angles de la cavité utérine et après un certain nombre de dilatations) est infiniment plus fréquente que ne le disent certains auteurs. Les *kystes tubaires profluents* et à pus stérile peuvent être traités par le massage, à la condition d'y recourir avec prudence et douceur; des pressions très légères de dehors en dedans permettent alors parfois l'évacuation du contenu de la trompe dans l'utérus, ainsi que Murray (voir les numéros d'avril et septembre 1894) en a rapporté des exemples et ainsi que nous en avons nous-même observé plusieurs cas. Dans ces conditions, le massage très léger est sans danger et représente le meilleur drainage naturel.

Quant aux *lésions anciennes de péri-salpingite, de péri-*

ovarite avec ou sans prolapsus des annexes, elles guérissent rapidement par un massage bien fait et méthodique.

En résumé, le massage gynécologique ne doit être entrepris que par les médecins rompus aux difficultés de l'examen bimanuel et après un diagnostic mûrement raisonné.

Les indications du massage aussi bien que ses contre-indications sont nettes et précises. Le massage n'est pas un moyen indifférent, c'est une ressource précieuse quand on sait l'employer avec douceur, avec habileté, avec prudence et toujours sans violence ; mais il ne doit venir qu'à son heure, alors que les autres moyens thérapeutiques ont fait tomber l'inflammation et désinfecté l'utérus ; l'appliquer à l'aveuglette, d'une façon exclusive, sans diagnostic précis, c'est s'exposer à faire plus de mal que de bien.

Avec ces réserves et dans les conditions bien nettes que nous avons spécifiées, le massage est incontestablement un très gros progrès dans la thérapeutique conservatrice des affections utéro-ovariennes.

JULES BATUAUD.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(Dr CHÉRON)

Pendant 16 années consécutives nous avons fait ensemble à la clinique de la rue de Savoie une étude sérieuse et approfondie des maladies de l'appareil génital de la femme.

Aujourd'hui l'administration à laquelle ressortit Saint-Lazare en ouvre les portes aux confrères et aux étudiants, c'est pourquoi notre enseignement se continue, en même temps, dans cet hôpital de la salubrité de la ville de Paris, où les cas sont nombreux qui relèvent de cette gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, un moment si délaissée, que la grande chirurgie semblait devoir la faire disparaître à tout jamais.

Nous n'avons point subi l'engouement qui entraînait le monde médical dans cette voie nouvelle, et, fidèle aux saines traditions de la clinique, nous avons continué notre étude, tout en bénéficiant des conquêtes de la science, relatives aux moyens thérapeutiques nouveaux et aux questions d'asepsie et d'antisepsie dont la médecine gynécologique, elle-même, avait à connaître aussi bien que la chirurgie.

Si la chirurgie gynécologique, contre laquelle réagissent aujourd'hui les enthousiastes d'hier, a dépassé dans son ardeur, bien compréhensible d'ailleurs, la limite du nécessaire, elle n'en a pas moins rendu à la gynécologie de signalés services en permettant d'élucider de nombreuses questions relatives aux salpingites, aux ovarites, aux suppurations pelviennes et à tant d'autres affections que l'absence de preuves, *in manu*, empêchait d'approfondir.

Nous lui devons donc une large reconnaissance à cette chirurgie hardie et nouvelle, qui a fait faire un pas énorme à la gynécologie dont elle a éclairé l'anatomie pathologique, la pathogénie, le diagnostic et le pronostic. Mais, a-t-elle fait faire au traitement des affections de l'appareil utéro-ovarien, un pas égal à celui qu'elle a fait faire aux autres parties que je viens de mentionner ?

La question mérite qu'on s'y arrête.

La chirurgie depuis quelques années, depuis que l'application des principes de l'antisepsie lui a permis de tout tenter, de tout oser, s'est efforcée de se substituer de toute pièce, à la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice. C'est ainsi que naquirent les grandes opérations qui, pendant un temps, supprimaient si aisément l'utérus, les trompes et les ovaires, lorsque ces organes reconnus malades peu ou prou, étaient altérés dans leur texture, modifiés dans leur situation ou même, quelquefois, simplement endoloris, comme dans les cas de grandes névralgies pelviennes.

L'espérance de guérir promptement, et d'une façon radicale, a poussé les femmes à courir, pour ainsi dire, au devant de ces opérations. En effet, il est résulté pour celles-ci de leurs

conversations entre elles sur la matière, par un échange de pensées et d'appréciations mutuelles, par la citation de cures nombreuses menées à bien et connues des unes ou des autres, une sorte d'état mental particulier, une sorte d'entraînement impulsif éloignant la crainte du danger à courir avec la préoccupation seule du but à atteindre.

La chirurgie a bénéficié de cette bonne disposition, l'habileté des chirurgiens s'en est accrue, de magnifiques succès ont été enregistrés et les statistiques se sont améliorées de plus en plus.

Tout cela est fort bien, sans doute, puisque de nombreuses opérations ont démontré que la santé est compatible avec l'ablation de l'appareil utéro-ovarien ; mais il me semble que ce n'est pas ainsi qu'il faut envisager la question.

La chirurgie est-elle moralement autorisée à priver les malades de leur appareil utéro-ovarien, sans avoir épuisé l'action des moyens médicaux et sans avoir pratiqué les opérations conservatrices susceptibles de ramener la santé, sans les interventions extrêmes ?

Non sans doute ; tout le monde est d'accord sur ce point, les chirurgiens eux-mêmes.

Avant de se résoudre à faire l'ablation totale de l'appareil utéro-ovarien, avant de pratiquer une opération de cette importance, il faut en arriver à se dire que tous les efforts ont été faits pour conserver les organes menacés, que rien n'est plus à tenter dans la voie de la conservation.

Je sais bien que cette assertion : *tout avait été essayé jusque-là*, figure dans bon nombre d'observations, mais j'avoue qu'après m'être enquis de ce que pouvait représenter ce *tout* essayé sans succès, je me suis dit qu'il y avait lieu de s'entendre au préalable, et de préciser et de déterminer les moyens susceptibles, en pareil cas, d'être mis en œuvre avec avantage.

Mais avant de les énumérer, avant d'en démontrer la grande

utilité, il nous reste quelques considérations à présenter au sujet de l'opportunité de l'intervention mutilante ou de la non intervention, dans les cas d'affections de l'appareil utéro-ovarien.

Le nombre est grand des malades à qui on a proposé l'ablation de l'utérus, des trompes et des ovaires, et qui, traitées par de simples moyens médicaux, ont vu survenir une ou plusieurs grossesses. Il en existe de nombreux cas publiés, depuis quelque temps déjà.

Il résulte de ce fait que l'ablation de l'appareil génital interne de la femme, faite dans ces conditions, a privé de la fonction de reproduction bon nombre de malades, opérées en dehors d'indications strictement établies qui, par conséquent, auraient dû échapper à l'opération mutilante.

Pratiquer l'hystérectomie pour remédier aux inconvénients d'une rétroversion avec ou sans adhérences, au prolapsus de la matrice, à une paramétrite non suppurée aux grandes névralgies pelviennes, etc., représente le plus souvent des applications excessives d'une belle et bonne opération, car les affections que je viens de mentionner, auxquelles celle-ci porte remède en enlevant tout, guérissent souvent par l'emploi de simples moyens physiques de l'ordre purement médical. Nous en avons vu ensemble un grand nombre.

En outre, les suppurations pelviennes, elles-mêmes, peuvent être évacuées par des incisions dans la région rétro-utérine, dans un grand nombre de cas, ce qui réduit encore les indications de l'ablation des organes essentiels de la génération, chez la femme.

Il est un autre ordre de considérations que je crois devoir mettre aussi en avant.

Les malades hystérectomisées sont-elles généralement guéries, leur santé est-elle redevenue excellente de par l'ablation totale ? Dans quelques cas, oui ! Dans un grand nombre de cas, le résultat laisse à désirer.

Je vous ai montré, ici même, quelques malades privées de

leur appareil utéro-ovarien, qui ont conservé, les unes des troubles vaso-moteurs, donnant lieu à des accès épileptoïdes que la médication classique (bromures et purgatifs) n'a su vaincre.

D'autres sont prises de douleurs dans les régions ovariennes et toute médication, en dehors des injections hypodermiques de morphine, n'en peut venir à bout.

Je vous rappellerai aussi ces cas où l'absence d'exsudats inflammatoires et d'adhérences a laissé venir à la vulve un paquet intestinal que plus rien ne pouvait maintenir.

Sans doute, toute médication, toute intervention chirurgicale a ses revers ; mais dans le cas d'ablation de l'appareil utéro-ovarien nous avons le droit et le devoir d'y insister d'autant plus que l'intervention dont nous parlons a pour but de faire une cure radicale. Nous publierons ultérieurement tous les résultats que nous avons pu réunir depuis plusieurs années.

Il en est encore de même, pour les tumeurs fibreuses.

Je fus le premier à présenter, en 1879, au public médical, une méthode de traitement que je pratiquais depuis 1867 — *l'intermittence rythmée du courant continu*, — que depuis lors j'ai modifiée en substituant à l'intermittence rythmée du courant continu, la *décharge rythmée du condensateur*. Si j'insiste sur ce fait, c'est pour déduire de celui-ci un fait plus intéressant à connaître. En effet, l'étude d'une méthode spéciale de traitement des corps fibreux de l'utérus m'a amené à en voir un nombre considérable pendant un espace de vingt-huit années, et sur ce nombre considérable (840), je n'ai vu que cinq malades chez lesquelles l'existence fut rendue tellement difficile par la présence de la tumeur que l'opération se fut présentée comme un bienfait, malgré sa gravité.

Tous les autres cas furent traités par la méthode que je viens de mentionner, méthode simple, nullement douloureuse et ne faisant courir aucun danger. Les succès dus à cette méthode sont nombreux, mais on pouvait lui reprocher, dans les cas d'hémorrhagies abondantes, de nécessiter un très grand nombre d'applications. Depuis longtemps déjà cette méthode employée à l'exclusion de tout autre moyen, a bénéficié de la

découverte de moyens nouveaux, tels que massage, ébranlement vibratoire, pansements à l'ichtyol, transfusions hypodermiques de sérum artificiel, etc.

On voit sous l'influence de ce traitement complexe, dont l'application électrique (décharge rythmée du condensateur) fait la base, les hémorrhagies s'éteindre, les douleurs disparaître, l'allégement se faire, les inflammations périphériques se réduire et le fibrome lui-même diminuer notablement de volume.

Nous voilà donc en présence d'une affection dont la chirurgie s'est emparée depuis peu de temps, dont la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice vient à bout dans une mesure bien suffisante, sauf dans quelques rares exceptions.

A m'entendre insister ainsi sur l'inopportunité fréquente de l'ablation de l'utérus et des annexes, on pourrait croire que je ne rends pas justice aux services que rend chaque jour, en gynécologie, la grande chirurgie. Détrompez-vous. Autant que n'importe qui, j'apprécie les bienfaits de la grande chirurgie dans ses applications à la gynécologie ; mais ce que je déplore, c'est que cette grande chirurgie ait pu faire croire, un moment, qu'elle faisait, d'un coup, table rase de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, qu'elle se substituait à celle-ci, représentant à elle seule toute la thérapeutique gynécologique.

Comme tout ce qui est excessif, la chirurgie gynécologique trop largement appliquée fera son temps. La réaction commencée depuis quelques années se poursuit lentement, il est vrai, mais sûrement. Dans un avenir qui n'est pas loin, nous verrons la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice, déjà rajeunie par la conquête de nombreuses opérations conservatrices, par la conquête de nombreux moyens thérapeutiques et par l'application des principes de l'asepsie et de l'antisepsie, tenir la grande place en gynécologie, alors que les indications des grandes opérations mutilantes seront de plus en plus restreintes.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

I. De l'antiseptie en gynécologie médicale,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,

et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire. — Nécessité de l'antisepsie en gynécologie médicale. – Ses limites au point de vue pratique. — L'antisepsie permet une thérapeutique locale active et énergique, et par suite restreint les indications des opérations mutilantes au profit du traitement conservateur :

1° Antisepsie du médecin ;

2° Antisepsie des instruments usités dans les examens et dans les traitements locaux non opératoires ;

3° Antisepsie des objets de pansement ;

4° Antisepsie de la malade (antisepsie de la vulve, du vagin et de l'utérus) au moment d'un examen ou pour les applications locales.

Nous ne parlerons aujourd'hui que de l'antisepsie nécessaire pour un examen ou pour les soins que le gynécologiste peut donner à une malade dans son cabinet de consultation. Quand nous aborderons l'étude des interventions de la chirurgie gynécologique conservatrice, nous compléterons ce sujet comme il convient, car, pour le dire dès maintenant, quelque peu importante que soit une opération gynécologique, l'antisepsie la plus rigoureuse devient absolument indispensable aussi bien par rapport à la malade que par rapport au médecin, aux instruments et aux objets de pansements. Dans les examens et dans les soins non opératoires, le médecin, ses instruments, ses objets de pansement doivent être irréprochables, et ce serait faire œuvre coupable de ne pas prendre toutes les précautions nécessaires pour cela ; mais, dans les mêmes cas, on se heurte à une impossibilité absolue, dans la pratique, pour obtenir l'antisepsie rigoureuse de la malade ; on est obligé de se contenter d'une antisepsie relative de la vulve, du vagin et de l'utérus, antisepsie qui, pour n'être pas idéale, est cependant suffisante, étant donné le peu de gravité du traumatisme local. Une lotion antiseptique de la vulve, une injection vaginale, le nettoyage du col et du canal cervical,

voilà tout ce que nous pouvons faire pour réaliser cette antisepsie relative de la malade que nous examinons ou que nous soignons dans notre cabinet de consultation. Cela est du reste suffisant, comme nous le disions plus haut, à la condition que le médecin, ses instruments et ses objets de pansement soient rigoureusement aseptiques.

L'antisepsie a rénové la clinique gynécologique; elle a transformé de la même façon la gynécologie médicale. Autrefois, la gynécologie médicale était tenue à la plus grande prudence, et dans bien des cas, au point de vue du traitement local, elle était presque absolument expectante ; le moindre traumatisme, une simple hystérométrie pouvait devenir une cause d'infection, parfois de la plus haute gravité.

Sans antisepsie dans les examens et dans les soins médicaux, on se trouve logiquement réduit à cette formule : expectation ou ablation complète des organes malades ; il n'y a pas de moyen terme.

Grâce à l'antisepsie, au contraire, une thérapeutique locale active et énergique ne présente plus aucun danger et par suite le nombre des mutilations nécessaires diminue à mesure que le traitement conservateur gagne en audace et en puissance ; le sacrifice des organes de la génération ne devient dès lors indispensable que dans les tumeurs malignes et dans les suppurations impossibles à évacuer par les voies naturelles. Cette considération très importante mériterait d'être méditée par les quelques chirurgiens qui restent interventionnistes à outrance, ne connaissant que les opérations mutilantes ou l'expectation, comme si, parallèlement aux progrès de la grande chirurgie gynécologique, il n'y avait pas eu un développement très marqué et un progrès indéniable de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

1° *Antisepsie du médecin.* — Même pour un simple examen, pour un traitement local aussi restreint qu'on puisse le supposer comme traumatisme, le médecin n'a plus le droit, désormais, de négliger, en ce qui le concerne, les précautions antiseptiques.

Il faut éviter, à tout prix que, suivant une boutade souvent citée, la gynécologie médicale reste, ce qu'elle était trop fréquemment autrefois, l'art d'infecter les malades.

Si on est appelé à faire un examen au domicile d'une malade, on fera bien de se munir de quelques paquets de sublimé. On trouvera toujours de l'eau tiède, du savon et une brosse pour se laver les mains, car les notions antiseptiques ont suffisamment pénétré dans le public pour que, avant l'arrivée du médecin, tout soit préparé pour qu'il puisse faire un lavage des mains que personne ne songera à considérer comme trop minutieux et à plus forte raison comme inutile. Avec un paquet de sublimé d'un gramme, on fera en outre, séance tenante, une solution qui permettra de compléter le savonnage et le rinçage des mains par une immersion antiseptique.

Tout cabinet de médecin doit être muni d'un lavabo, avec les accessoires indispensables (savon, brosse à ongles), et, à proximité de la table d'examen, d'une cuvette contenant une solution de bichlorure de mercure à 1/1000. Avant chaque examen, le médecin procédera à la désinfection complète de ses mains. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la propreté spéciale des ongles qui doivent toujours être coupés courts et qui seront curés avec soin avant l'immersion dans la solution mercurielle.

Si l'on avait eu l'occasion d'être en contact avec une plaie récemment infectée, il deviendrait nécessaire de compléter cette antisepsie des mains par une immersion dans une solution de permanganate de potasse à 10 pour 1000, puis dans une solution saturée de bisulfite de soude, enfin par une lotion à l'alcool à 90°, avant l'immersion dans la solution de sublimé. Dans le cas contraire, un bon savonnage et un bon brossage des mains, le curage des ongles, le rinçage dans l'eau, puis l'immersion de quelques minutes dans la solution mercurielle seront des précautions suffisantes.

2° *Antisepsie des instruments.* — On a renoncé, en gynécologie comme en chirurgie générale, à tous les instruments anciens, à manches de bois, à articulation fixe, à cannelures multiples, à

mécanismes compliqués. Les meilleurs instruments sont ceux qui sont les plus simples, les plus faciles à démonter et à nettoyer par conséquent. Ils doivent tous, autant que possible, être nickelés pour subir l'ébullition et le contact avec des solutions phéniquées fortes sans être détériorés. Nous décrirons, dans les articles qui suivront, les instruments auxquels nous donnons la préférence et, pour chacun d'eux, le mode d'antisepsie le plus pratique. Pour aujourd'hui, nous nous bornerons à des généralités.

Il importe d'avoir, dans son arsenal, un assez grand nombre d'instruments de chaque sorte pour que, dans une même consultation, on n'ait jamais besoin de se servir deux fois du même instrument, au moins pour ceux qui sont d'un emploi courant : spéculums, pinces à pansement, hystéromètres, porte-topiques, dilatateurs, scarificateurs.

A la fin de la consultation, tous les instruments qui ont servi doivent être démontés, lavés à l'eau froide, brossés, essuyés minutieusement, bouillis pendant 20 minutes, puis égouttés, essuyés et passés (pour les instruments non tranchants) sur la flamme d'une lampe à alcool, ou encore, comme on peut le faire dans toutes les villes qui ont une distribution de gaz d'éclairage, sur la flamme d'un bec de Bunsen.

Les instruments sont alors rangés dans une vitrine bien close et, au moment de s'en servir, on les passe de nouveau sur la flamme du bec Bunsen et on les met dans un plateau contenant de l'eau phéniquée à 4 0/0.

Pour les instruments tranchants, nous avons fait fabriquer un petit stérilisateur à eau, chauffé très rapidement par le bec Bunsen, qui permet la stérilisation extemporanée par l'eau bouillante avant l'immersion dans la solution phéniquée forte. Une demi-heure avant la consultation, on place dans ce stérilisateur les intruments tranchants (scarificateurs, pinces, etc.) dont on pense avoir besoin ; on allume le bec de gaz et, au moment de commencer la consultation, on les retire du stérilisateur pour les placer dans le plateau d'eau phéniquée.

3° *Antisepsie des objets de pansement*. — Pour les pansements, on emploie des topiques antiseptiques (teinture d'iode, chlorure de zinc en solution à 1/10 à 1/50, résorcine en solution concentrée, solution saturée d'acide picrique, solution de nitrate d'argent, glycérine créosotée, glycérine iodoformée, glycérine sublimée, poudres d'iodoforme, de salol, etc.), de la ouate hydrophile et des gazes absorbantes chargées ou non d'iodoforme, de salol, etc.

Pour les topiques, la seule précaution à prendre est de les tenir à l'abri des poussières, dans des flacons bien bouchés, et de n'y plonger que des instruments rigoureusement stérilisés.

Les gazes et la ouate demandent plus de soin, car, d'une façon générale, il serait imprudent de s'en rapporter uniquement à l'antisepsie des fabricants.

Ouates et gazes doivent être préparées les unes en fragments gros comme des noix ou en fragments agglomérés et liés par un fil comme nous le verrons plus loin en décrivant les pansements vaginaux, les autres coupées en bandelettes de 5 cent. de large et de 10 cent. de longueur.

On les stérilise dans les étuves à air sec (1) ou dans les autoclaves (ces appareils seront décrits plus loin, avec la technique opératoire), puis on les met, dans des flacons de verre stérilisés (par lavage à l'aide d'une solution chaude de carbonate de potasse à 2 %, à l'acide nitrique et enfin dans l'eau bouillie) et munis d'une fermeture hermétique. Des pinces préalablement stérilisées serviront à prendre la ouate ou la gaze, dans ces flacons, au moment de faire le pansement.

Il est inutile de dire que les anciens plumasseaux de charpie, les pinceaux, les petites éponges montées sur un manche de bois ou d'os, etc., sont complètement à rejeter; la ouate hydrophile les remplace d'une façon avantageuse.

(1) Un four de cuisine chauffé à 150° peut servir parfaitement d'étuve à air sec. Il est important d'isoler, dans ce cas, les paniers contenant la ouate ou la gaze à stériliser, avec des coquetiers de porcelaine ; sans cette précaution, la ouate serait certainement roussie; sinon complètement brûlée. Nous reviendrons du reste sur ce point.

4° *Antisepsie de la malade.* — Pour un simple examen, on ne peut songer à savonner la vulve, à savonner et à brosser le vagin, encore moins à raser les poils du pubis et de la vulve, comme l'exigerait une antisepsie rigoureuse. Il faut bien dire, du reste, que, dans la clientèle, bains préalables et savonnages locaux, injections vaginales ont été faits par la malade avant qu'elle se soumette à l'examen. Une lotion de la vulve et une injection vaginale avec une solution de sublimé à 1/4000 seront toujours cependant utiles immédiatement avant l'examen ou le pansement.

Si l'on doit introduire un instrument (hystéromètre, porte-topiques, dilatateur, seringues ou sonde à injection intra-utérine, curette d'exploration, etc.) dans la cavité utérine, il faut d'abord nettoyer, autant que possible, le canal cervical, ce qui se fait avec une petite poupée d'ouate hydrophile montée sur un porte-topique et imbibée d'alcool à 90° ou d'acide picrique en solution saturée (Chéron) pour bien enlever les mucosités contenues dans la cavité du col, puis on fait une application de chlorure de zinc à 10 % dans le canal cervical, et ce n'est qu'après avoir pris ces précautions, qu'on pénétrera dans la cavité du corps utérin. D'une façon générale, on évitera l'emploi de l'hystéromètre toutes les fois que le diagnostic pourra être établi par l'examen bimanuel, ce qui est le cas habituel. Nous recommandons également de commencer toujours le traitement par la désinfection de la vulve, du vagin, du col et du canal cervical, avant de passer au traitement de la cavité utérine, quand il n'y a pas une nécessité absolue de faire autrement.

Disons, pour terminer ce sujet, que le médecin doit se donner la peine d'indiquer aux malades les fautes qu'elles commettent le plus souvent au point de vue de l'hygiène locale. C'est ainsi qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité d'abandonner complètement l'usage des éponges pour la toilette intime, sur le danger des garnitures compliquées et difficiles à laver d'une façon parfaite (tels sont les filets garnis d'ouate, etc.), sur les précautions à prendre pour tenir en état d'asepsie absolue la canule à injections vaginales, etc. Il y a, dans ces fautes commises par

les malades contre l'antisepsie, des causes très réelles de réinfection, que le médecin doit toujours avoir présentes à l'esprit.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 janvier 1895.

LES MÉFAITS DU MASSAGE EN GYNÉCOLOGIE.

M. Pozzi. — Voici des pièces anatomiques intéressantes ; ce sont des trompes et des ovaires que j'ai récemment enlevés à une femme qui, atteinte d'ovaro-métrite, avait été traitée par le massage, et qui à la suite de ces manœuvres, avait présenté des douleurs vives, des pertes de sang, et tous les signes d'un hématocèle. A gauche, j'ai trouvé une trompe transformée en un sac qui avait l'air d'un pyosalpinx (parois épaisses et tomenteuses), mais qui ne contenait que du sang ; autour de cette trompe, voyez un abcès péri-salpingien. A droite, la trompe est kystique et contient un petit peu de sang. Au résumé, le fait dominant est ici l'existence d'une péri-salpingite suppurée provenant sans doute de l'expression dans le ventre, par l'orifice extérieur de la trompe et sous l'influence du massage, d'une partie du pus que contenait la poche salpingienne. De même, c'est au massage qu'il faut attribuer l'hémorrhagie intra-sacculaire.

M. Bouilly. — J'ai observé tout récemment plusieurs méfaits du massage ; celui-ci peut développer des accidents formidables. Premier cas : femme ayant un sarcome interutéro-rectal ; massage, hémorrhagie, puis suppurations dans le néoplasme et autour de lui, mort. Deuxième cas : rétroversion simple sans adhérences et sans phénomènes annexiels, massage, douleurs vives, accidents péritonéaux sérieux, nécessité de garder le lit ; la rétroversion devient douloureuse. Troisième cas : petites lésions ovariennes ; massage : alors les douleurs augmentent considérablement et la malade est obligée de prendre le lit.

On applique le massage à tort et à travers. Il serait bon que

nous discutions ici cette question des méfaits du massage. Peut-être a-t-il des indications précises. Pour moi, je les ignore encore et je ne sais rien des cas où il peut, par ses bienfaits, compenser le mal qu'il fait ailleurs.

M. Lucas-Championnière. — Le massage est fécond en désastres ; dès qu'il existe une lésion des annexes, si légère qu'elle soit, elle est très aggravée par lui. J'ai observé des cas très démonstratifs. En ce qui concerne les bienfaits possibles de ces manœuvres, je suis, je l'avoue, un peu sceptique. Peut-être, y a-t-il des cas favorables, mais j'ai beaucoup de méfiance. En tout cas, aujourd'hui, on masse sans raison et sans distinction toutes les malades. C'est contre cet abus dangereux que je proteste.

M. Richelot. — Nous avons tous vu ces résultats désastreux du massage gynécologique. Il a cependant quelquefois du bon. J'ai proposé l'autre jour la laparotomie à une femme qui avait des lésions ovaro-salpingiennes importantes. Elle a refusé et s'est fait masser. Alors, les douleurs ont tellement augmenté que la malade s'est décidée de suite à l'intervention proposée.

M. Routier. — Dans mon service vient une dame qui masse quelques malades. Quand ces malades ont des lésions annexielles, si légères qu'elles soient, elles sont prises d'accidents douloureux, et je les opère rapidement. On peut dire du massage qu'il est un vrai moyen de diagnostic : s'il ne fait pas de mal, c'est que l'appareil annexiel est sain : s'il fait du mal c'est qu'il ne l'est pas.

M. Pozzi. — Je suis heureux d'avoir attaché le grelot à cette question. Le massage est, en effet, souvent détestable. Je ne comprends pas que M. Doléris ait pu dire que, grâce à lui, on pouvait exprimer dans l'utérus, par l'ostium utérin, le contenu de la poche salpingienne ; cet orifice est, pour ainsi dire, toujours oblitéré et le pus est sequestré du côté de l'utérus. Si l'on vide la poche, c'est dans le ventre.

M. Monod. — De cette discussion il va ressortir, pour tout lecteur impartial, que le massage est une détestable méthode, toujours condamnable. Or, il est des cas où il donne de bons résultats.

M. Bouilly et M. Championnière. — Nous ne disons pas le contraire. Et c'est précisément pour que ces cas soient bien établis et pour qu'on puisse faire un déport entre les malades, que nous

avons demandé la discussion. Où et quand le massage peut-il d'abord ne pas faire de mal, ensuite procurer aux malades quelques bénéfices ?

M. Pozzi. — Il est en matière de salpingite beaucoup plus grave que la laparotomie.

(*Gazette médicale de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 *décembre* 1894.

COMMUNICATIONS ENTRE LES LYMPHATIQUES GÉNÉRAUX DE LA FEMME ET CEUX DU RECTUM.

M. Henry Morau. — L'auteur a vu d'une façon constante et normale les lymphatiques du tiers moyen du vagin donner naissance à deux troncs médians situés sur la paroi postérieure de ce conduit et se résolvant en un fin réseau sur la paroi antérieure du rectum. Ce réseau communique largement avec le réseau similaire de la musculature du rectum dans tous les points où ce dernier est en contact avec le vagin.

Lorsqu'il y a des adhérences entre l'utérus et le rectum, le tissu même de l'adhérence étant presque uniquement formé de lymphatiques, la communication entre les deux organes est plus large.

Ces données anatomiques permettent de dire qu'une injection vagino-utérine peut se propager par la voie lymphatique au rectum et inversement.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 28 juillet 1894.

UTÉRUS DOUBLE BICORNE

M. Schuhl rapporte deux observations d'utérus double bicorne avec cloisonnement vertical complet du vagin. — Dans le premier cas, il s'agit d'une pièce anatomique qui présente les particularités suivantes : l'utérus a une longueur de 23 millimètres ; au niveau de son fond existe une dépression ayant deux millimètres de profondeur.

Dans chacune des deux cavités de la matrice on remarque deux bourrelets longitudinaux des plis palmés ; l'un des orifices cervicaux est normal ; dans l'autre moitié de l'utérus, l'extrémité du museau de tanche est imperforée, et la cavité utérine communique avec le vagin par un orifice situé en dedans du col imperforé. M. Schuhl rappelle l'opinion de Mihalkovics, d'après laquelle, sur un utérus normalement développé, les colonnes des plis palmés indiquent la ligne de fusion des deux canaux de Muller; mais elle ne semble pas toujours être l'origine de ces colonnes, puisque, dans la pièce anatomique présentée à la Société, elles existent malgré la persistance de la cloison de séparation des deux canaux primitifs.

Dans la deuxième observation, qui a été recueillie dans le service de M. le professeur A. Herrgott, la femme chez laquelle on a constaté la malformation des organes génitaux était enceinte, atteinte de tuberculose pulmonaire, d'affection du cœur, d'albuminurie, de viciation pelvienne due à une cyphoscoliose rachitique. L'accouchement eut lieu avant terme ; le fœtus pesant 1,550 gr. se présentait par le siège.

Pendant l'expulsion du fœtus, la cloison vaginale se rompit complètement.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 13 novembre 1894.

A propos du procès-verbal.

M. Lefour. Je regrette de ne pas m'être trouvé ici lors de la présentation d'appareil de M. Rivière. J'aurais pu répondre à plusieurs reproches qui ont été faits à mon mode de fixation des tiges intra-utérines. On a dit que les crins de Florence coupaient peu à peu le col et que les tiges étaient expulsées. Je n'ai jamais vu cela, si ce n'est pour la première tige que j'ai mise. J'étais, à cette époque, d'avis de laisser l'extrémité de la tige affleurer le col, par conséquent le crin était retenu par une faible partie de tissu. Cette tige ne fut cependant expulsée qu'au bout de onze mois. Maintenant, j'enfonce mes tiges beaucoup plus profondément dans la cavité utérine ; j'ai renoncé au crin de Florence et j'use d'un fil d'argent que je passe aussi près que possible de l'in-

sertion du col. Ainsi modifié, mon procédé me paraît être le procédé de choix ; il ne nuit en rien à la mobilité de l'utérus et ne nécessite l'appui d'aucun appareil sur les parois vaginales.

FŒTUS MOMIFIÉ RETENU DEUX MOIS DANS L'UTÉRUS.

M. Audebert. Il s'agit d'une jeune femme, primipare, dont les dernières règles remontent au mois de mai, et qui présenta dès le début de juin les phénomènes ordinaires de la grossesse. A la fin d'août, après un voyage à Paris et de grandes fatigues, elle eut une très violente hémorrhagie qui se produisit vers le milieu de septembre. Elle remarqua que, depuis cette époque, son ventre n'augmentait plus de volume et que ses seins s'étaient notablement affaissés. La semaine dernière, elle fut prise d'une perte de sang très abondante et a expulsé ce matin même l'œuf que je présente ici.

La grossesse remonte, à l'heure qu'il est, à cinq mois ; or, cet embryon a à peine trois mois ; il faut donc admettre que la mort du fœtus coïnciderait avec les hémorrhagies de la fin d'août et qu'après la mort, il est resté deux mois dans la cavité utérine.

Ces cas de rétention prolongée ne sont pas rares, d'ailleurs, et on cite des fœtus qui ont succombé dans les premiers mois de la grossesse et n'ont été expulsés que quand celle-ci était arrivée à terme.

Dans ces cas, le fœtus subit des modifications variables : 1° *disolution*, surtout dans les deux premiers mois ; 2° *momification*, le fœtus a l'aspect ratatiné comme un fruit dans l'eau-de-vie ; 3° *macération*, le fœtus est ramolli, infiltré ; la peau se détache, se couvre de phlyctènes, surtout après le cinquième mois ; 4° *putréfaction*, quand l'œuf est ouvert, les membranes rompues.

Ici, le fœtus est légèrement *momifié*, les tissus sont resserrés, ratatinés, racornis, leur couleur est grisâtre, terreuse ; la tête est aplatie comme une pièce de monnaie ; le placenta est dégénéré.

CANCER DE LA MUQUEUSE DU CORPS UTÉRIN.

M. Demons. Les auteurs ont longtemps insisté sur la rareté du cancer de la muqueuse du corps de l'utérus. C'est ainsi que Gallard disait que, dans toute sa pratique, il n'en avait constaté

que deux cas. Les idées ont bien changé depuis la vulgarisation de l'hystérectomie ; on a pu voir que le cancer du corps utérin existait dans une proportion de 1 pour 300 par rapport au cancer du col.

Je veux rapporter un cas démonstratif : Une femme de soixante ans, du Gers, avait vu cesser ses règles à cinquante-deux ans ; elles reparurent deux ans après, mais peu de temps ; à l'âge de cinquante-sept ans, s'établit chez elle une perte de sang, constante. Le sang était mêlé de sanie. Elle affirmait *n'avoir jamais éprouvé aucune douleur*. Elle était pâle, anémiée, affaiblie. L'utérus était gros comme le poing, régulier dans sa masse, de consistance un peu ramollie. De l'orifice s'écoulait un liquide sanieux, non fétide. On essaya de faire l'hystérométrie, mais cette tentative donnant lieu à un écoulement de sang abondant, on n'insista pas. Le diagnostic porté fut celui de cancer de la muqueuse du corps, surtout en raison de l'âge de la malade, de l'abondance de la perte muco-purulente, de l'augmentation du volume du corps utérin et de son ramollissement. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée assez facilement d'ailleurs. Je répète que chez cette malade, il n'y avait jamais eu de douleur, fait important si l'on songe que certains chirurgiens considèrent la douleur comme un symptôme capital du cancer du corps de l'utérus. L'examen, que M. Coyne a bien voulu pratiquer, démontre qu'il s'agissait d'un cancer diffus de la muqueuse.

M. Coyne. Le col était sain, mais au-dessus de l'orifice interne on trouvait une grande cavité emplie de végétations intriquées les unes dans les autres ; la paroi utérine, épaissie, présentait une zone superficielle constituée par des végétations volumineuses, abrasées pour la plupart à leur sommet par le fait du processus inflammatoire ; elles étaient formées par un stroma conjonctif et un épithélium cylindrique qui leur donnait une apparence glandulaire ; au-dessous, une autre zone d'un aspect tout particulier, présentant de grandes cavités creusées au sein des éléments musculaires et contenant des cellules épithéliales cylindriques disposées en circonvolution ; les parois musculaires, qui d'ailleurs étaient infiltrées de cellules embryonnaires, étaient séparées des masses épithéliales cylindriques par un espace clair, fait qui ne se produit pas lorsqu'il s'agit d'épithéliums normaux, mais est constant dans les épithéliomas.

M. Rivière. J'ai eu un cas analogue à celui de M. Demons. Une femme de cinquante ans voyait ses règles augmenter d'abondance depuis un an ; l'examen et même l'hystérométrie ne révélèrent rien de particulier. Je pensai à une endométrite fongueuse, mes propositions d'intervention furent repoussées. Six mois après, l'utérus était très augmenté de volume. Le col était sain ; le doigt, pénétrant profondément dans le canal cervical, sentait de grosses végétations ; je pus en enlever une et la faire examiner au microscope ; il s'agissait nettement d'un épithélioma. La malade était fortement diabétique, son état général était mauvais ; je reculai devant une intervention radicale et me bornai à faire, à titre palliatif, un curettage soigneux de la cavité utérine. Je pus extraire une grande quantité de masses végétantes molles. L'état général se releva, mais au bout de six mois, le diabète ne s'étant pas amélioré, l'état général redevint mauvais, l'utérus proliféra à nouveau et la malade mourut. Elle n'avait jamais accusé de notables douleurs.

M. Chaleix. Il y a plusieurs mois, je fus consulté, au Dispensaire de Bacalan, par une femme de quarante-cinq ans, encore réglée, très bien portante en apparence, qui se plaignait uniquement de pertes un peu fétides, teintées de sang. L'utérus était augmenté de volume ; le col, un peu gros, était sain extérieurement ; l'hystéromètre ne rencontrait rien dans le canal cervical, mais ne pouvait pénétrer dans la cavité du corps, arrêté par des masses de consistance inégale. Cet examen donnant lieu à un écoulement de sang abondant, je songeai à un épithélioma du corps utérin, déjà inopérable ; l'utérus, en effet, avait perdu toute mobilité. Notre malade était arrivée à cette douleur. Je la fis entrer dans un service de chirurgie de l'hôpital Saint-André, où le diagnostic fut confirmé. On se borna à un curettage palliatif qui ne donna que peu de résultats.

M. Defour. M. Demons s'étonne de n'avoir pas trouvé de douleurs chez sa malade et attache à cet élément douleur une valeur diagnostique considérable. Je ne trouve pas ce symptôme aussi précoce et aussi constant que le croit M. Demons. La douleur manque souvent ; les femmes atteintes de cancer utérin viennent consulter plutôt pour leurs pertes sanguines ou autres que pour leurs douleurs.

M. Demons. M. Lefour confond ici le cancer du col avec le

cancer du corps, le seul dont je veuille parler maintenant. Dans le cancer du col, en effet, il y a peu ou pas de douleur au début, la douleur est tardive. Si bien que lorsque les femmes viennent uniquement consulter pour leurs douleurs, il est trop tard pour opérer. Ce fait est pour moi presque constant. En ce qui concerne le cancer du corps, la douleur est plus fréquente et plus précoce, mais elle est également loin d'être constante et c'est précisément pour réagir contre l'importance exagérée qu'on lui attribue en pathologie que j'ai tenu à rapporter cette observation.

M. Courtin. M. Demons a-t-il jamais vu du liquide ascitique sortir par les culs-de-sac après l'ablation vaginale de l'utérus ? Dans un cas de cancer à marche rapide, je fis l'hystérectomie vaginale ; je trouvai le cul-de-sac postérieur plein de liquide ascitique ; cette circonstance me parut assombrir beaucoup le pronostic ; et, de fait, la malade mourut un mois après, de généralisation cancéreuse osseuse et pulmonaire.

M. Demons. Quelquefois, en effet, on trouve du liquide en faisant l'hystérectomie vaginale. Ce liquide peut être urinaire si l'on a ouvert la vessie, ce qui peut arriver à tout chirurgien, si habile qu'il soit. Le liquide peut aussi venir de poches kystiques, ovariennes ou salpingiennes, rompues au cours de l'opération. Il peut, enfin, comme dans le fait de M. Courtin, être ascitique, et donne alors une sévérité particulière au pronostic. Dans le cas que j'ai opéré, le cancer était bien limité et, à ce propos, je pourrais faire remarquer que le cancer de la muqueuse du corps peut être moins grave et plus lent à se propager que celui du col.

M. L. Hirigoyen. Dans une discussion qui eut lieu ici même l'an dernier sur l'endométrite des vieilles femmes, j'ai parlé d'une femme âgée que j'avais longtemps soignée pour des pertes de sang revenues après la ménopause et que je rattachai à de l'endométrite simple. Je ne l'ai plus revue depuis, mais j'ai su récemment que son état général était à l'heure actuelle excellent.

M. Rivière. Ne pourrait-on tirer de notre entretien cette conclusion pratique que toutes les fois que l'on est consulté pour des pertes de sang chez une femme qui a déjà subi la ménopause, il faudrait enlever à l'aide d'une curette quelques fragments de muqueuse et les examiner au microscope ?

M. Lefour. Je procède toujours ainsi, même chez les femmes encore réglées. A l'aide d'une petite curette, je retire un frag-

ment de muqueuse et le résultat de l'examen histologique que j'en fais faire décide de ma conduite.

M. Coyne. Certainement, un curettage préventif peut donner de précieux renseignements et déceler la présence d'un épithélioma ; j'ai autrefois (9 février 1892) présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, la préparation d'un fragment retiré pendant un curettage fait pour une endométrite hémorrhagique. Elle imposait le diagnostic d'épithélioma et donnait lieu à un pronostic qui s'est malheureusement confirmé. Mais, pour que l'examen histologie ait quelque valeur, il faut qu'on ait à sa disposition un fragment d'une certaine épaisseur ; c'est pour cela que le curettage explorateur ne peut être un moyen de pratique courante et générale.

M. Demons. Dans les cancers du corps utérin, les renseignements donnés par le curettage ne seraient pas constants, en effet, aux époques précoces, c'est-à-dire au moment où il serait le plus utile d'être fixé, le néoplasme n'est pas toujours diffus.

M. Chaleix. Au cours de la discussion soulevée ici par une communication de M. Monod (8 novembre 1892) sur l'endométrite des vieilles femmes, il a été rapporté plusieurs cas d'endométrite interstitielle atrophique, dans laquelle la muqueuse est très amincie et complètement transformée. M. A. Boursier insista sur ces faits et sur leur interprétation anatomo-pathologique. Dans ces métrites, le curettage même soigneux, fait dans un but curatif, ne ramène rien. Chez une malade, dont j'avais parlé à cette occasion et que j'avais curettée, l'instrument glissait sur une muqueuse absolument lisse. Je crois le curettage explorateur ou curateur illusoire en pareille circonstance.

M. Lefour. Moi aussi, j'ai fait un curettage chez une vieille femme métrorrhagique et mon curettage n'a pas ramené le moindre débris ; plus tard, les symptômes ont affecté nettement la forme cancéreuse. Quoi qu'il en soit, j'insiste sur l'excellence du curettage explorateur préventif que je pratique toujours.

M. Coyne. Dans les sortes de métrite auxquelles fait allusion M. Chaleix, les glandes ont pour ainsi dire disparu, la muqueuse est modifiée. Ces métrites guérissent souvent par processus cicatriciel. Ici, le curettage ne donnerait absolument rien. D'autre part, il y a chez les vieilles femmes des endométrites végétantes au sujet desquelles le curettage pourrait induire en erreur.

RÉTENTION DE MEMBRANES DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

M. Lefour. Une jeune femme de vingt-quatre ans, primipare, accouche très rapidement, délivrance presque immédiate. J'examine le délivre, je constate que les membranes sont incomplètes et qu'il manque une partie de l'amnios et du chorion. Je ne me préoccupe pas de cet incident, persuadé que ce fragment sera rapidement expulsé et que les lavages antiseptiques préviendront toute altération infectieuse des éléments retenus. Je fis, d'ailleurs, immédiatement un lavage utérin. Dans les jours qui suivirent, l'écoulement sanguin et lochial fut très peu abondant; aucune mauvaise odeur ; pas d'élévation de température; involution utérine normale. Quinze jours après, ma cliente éprouva de vives coliques et expulsa un morceau de membrane mesurant près de dix-sept centimètres de long sur huit de large. Ce fragment n'était nullement altéré.

Comment expliquer cette non-altération d'un fragment membraneux laissé dans les parties génitales ? Se trouvait-il dans le vagin, où les lavages ont pu l'empêcher de s'altérer, ou dans la cavité utérine ? Je crois plutôt qu'il était en partie dans la cavité cervicale et dans le vagin, où il pouvait s'imbiber du liquide des injections antiseptiques. En effet, la malade n'a que très peu perdu de sang avant l'expulsion de ce débris de membrane. Aussitôt qu'il a été rendu, elle a expulsé une certaine quantité de sang noir, à l'écoulement duquel le fragment en question devait faire obstacle.

M. Moussous père. Il est difficile d'admettre que l'involution normale ait pu se faire, comme le dit M. Lefour, dans un utérus où séjournait un lambeau de membrane volumineux au point de faire bouchon au libre écoulement sanguin et lochial.

M. Lefour. L'écoulement lochial avait été peu abondant, mais il n'avait jamais été nul.

M. Coyne. Se plaçant à un autre point de vue, on peut regretter que l'examen histologique de ce fragment n'ait pas été fait. L'anatomie pathologique étudie maintenant avec un grand intérêt les cas où des fragments membraneux abandonnés dans la cavité utérine tendent à s'y greffer, pour donner naissance aux tumeurs dangereuses décrites sous le nom de *déciduomes*.

M. Lefour. J'avais d'abord pensé que le fragment membra-

neux avait gardé ses adhérences avec la muqueuse utérine, ainsi qu'il arrive pour le placenta, mais la parfaite involution utérine s'opposait à cette idée.

M. Coyne. Il suffit d'admettre que l'adhérence ait persisté en un seul point pour expliquer la vitalité d'un élément membraneux.

M. Rivière. L'utérus peut être rentré dans l'enceinte pelvienne et garder, malgré cela, un volume supérieur à celui qu'il a en dehors de la gravidité. Le palper uni au toucher montre bien souvent que l'involution n'est pas terminée, malgré les apparences. C'est ainsi que peut s'expliquer la longue rétention de débris membraneux dans la cavité utérine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Procès-verbal officiel de la séance du 14 *décembre* 1894.

MÔLE HYDATIFORME.

M. Courtin. J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société des pièces pathologiques provenant de la cavité utérine d'une jeune femme de vingt-quatre ans, dont voici l'observation :

Fausse couche de deux mois en 1892, accouchement d'un garçon en septembre 1893.

Fin de septembre 1894, cette femme ressent quelques troubles du côté de l'estomac ; pas de règles en octobre ; fin octobre, vomissements chaque matin au réveil, quelquefois après les repas ; le ventre augmente de volume.

15 novembre dernier, perte de sang assez abondante, repos au lit ; mais, malgré le repos, les pertes continuent ; je suis appelé auprès d'elle à ce moment, je constate que l'utérus est très développé, qu'il remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis et cependant les dernières règles ont eu lieu le 15 septembre ; le col est mou, raccourci, on y introduit la pulpe du doigt.

Sous l'influence du repos, l'écoulement sanguin disparaît, mais les vomissements continuent chaque matin ; la perte de sang recommence dans les premiers jours de décembre, pas de douleurs ; il y a de gros caillots expulsés sans trace de membrane.

Lundi dernier, la maladeaccuse une vive douleur dans la fosse

iliaque droite. La perte de sang s'arrête ; mardi je fais un nouvel examen et je trouve un utérus très développé, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, offrant une sensation mollasse, comme kystique; cette fluctuation se transmet au doigt dans le toucher vaginal et rectal ; pas de bruit de souffle utérin, pas de bruit du cœur fœtal, vomissements que rien n'arrête.

Mercredi soir, les pertes de sang réapparaissent ; jeudi matin coliques utérines ; jeudi après-midi, expulsion de la pièce que je vous présente. Pertes de sang peu abondantes après l'expulsion, le soir, l'utérus est rétracté ; au toucher, je ne sens aucune parcelle, ni dans le vagin ni dans le col; on pratique deux injections chaque jour au sublimé.

M. Lugeol. La tumeur qui nous est présentée par notre collègue M. Courtin et qui fait le sujet de sa très intéressante communication est évidemment un môle hydatiforme pour nous comme pour lui, quoiqu'il n'en ait pas prononcé le nom.

Ces tumeurs ont été divisées en môles embryonnés et en môles non embryonnés ; c'est évidemment un môle non embryonné, car il est impossible d'y retrouver un vestige d'embryon dans le cordon ; mais il n'y a plus de doute actuellement sur l'unité d'origine de ces deux môles qui proviennent toujours d'une fécondation dont le développement n'a pas été normal.

Ce sont ces tumeurs sur la nature desquelles les anciens observateurs étaient dans une ignorance complète. Ce qui permettait à la superstition de dire que des vierges accouchaient de fleurs, de fruits, etc.

Elles présentent, il est vrai, le plus souvent un aspect un peu différent. Nous y voyons, en effet, ici une masse charnue formée par la caduque très épaissie et les villosités choriales hyperplasiées. Les villosités atteintes par la dégénérescence myxomateuse sont relativement rares et peu développées ; une seule a le volume d'une graine de raisin. Jusqu'aux travaux de Virchow, on regardait les lésions des villosités comme une hydropisie ; c'était l'opinion de Cayla adoptée par Robin.

C'est un accident rare de la grossesse, je n'en ai vu que deux cas. Et encore, une de ces tumeurs me fut apportée par une vieille sage-femme de notre ville qui ne me donna d'ailleurs aucun renseignement. La masse en était énorme, elle pesait 4 kilos, et certaines villosités, contenant un liquide rougeâtre, avaient le volume

d'un œuf de pigeon ; la femme guérit. Femme arrivée au quatrième mois de la grossesse, ayant des pertes de sang fréquentes et qui finit par expulser spontanément, avec une hémorrhagie assez abondante, une poche volumineuse formée par la caduque épaissie avec de nombreuses villosités choriales très volumineuses et contenant un embryon fort peu développé relativement à son âge.

La guérison fut assez rapide. Il est très rare que le diagnostic ait été fait, à moins que l'expulsion des villosités contenant du liquide n'ait eu lieu pendant les hémorrhagies. L'interruption de la grossesse n'est pas absolument fatale, pas plus que la mort du fœtus, et un savant contemporain a été le produit d'un môle hydatiforme.

M. Courtin. Je suis très heureux que notre collègue M. Lugeol partage mon opinion sur le diagnostic de la tumeur que je viens de présenter et, laissant de côté la question du diagnostic, j'insisterai sur le côté thérapeutique et je demanderai à nos collègues si, en pareils cas, il n'y a pas de graves dangers d'infection et quelle est la conduite à tenir. Faut-il faire le curettage intra-utérin ? Faut-il laisser les choses se terminer spontanément ?

M. Rivière. Quand la grossesse est peu avancée, de deux à trois mois par exemple, l'expulsion se fait bien et complètement sans aucune intervention ; quand elle est plus ancienne, la paroi de l'utérus est pénétrée par les môles jusqu'à la séreuse péritonéale et les vésicules myxomateuses restent emprisonnées dans les mailles du tissu utérin ; alors l'élimination se fait mal.

Il faut donc tenir compte avant tout de l'ancienneté de la grossesse et baser la thérapeutique à suivre sur ce point capital.

Dans tous les cas d'ailleurs, même dans les grossesses avancées, il faut attendre les accidents infectieux avant d'intervenir par le curettage.

M. Lugeol. Je pense même qu'il ne faut songer au curettage que dans les cas d'une extrême gravité et cela d'autant mieux que l'intervention chirurgicale présente en elle-même des dangers. Lorsque la grossesse est avancée, l'utérus est aminci ; les vésicules hydatiformes vont jusqu'au péritoine et le curettage risque d'occasionner une perforation. Dans les cas où la grossesse est peu avancée, l'intervention chirurgicale est toujours inutile.

M. Rivière. J'ajouterai qu'en pareil cas les hémorrhagies sont

fréquentes et que le curettage expose à de très graves pertes de sang.

M. Chabrely. Dans ma pratique, j'ai quatre fois rencontré des faits de ce genre ; chez l'un d'entre eux les vésicules étaient énormes, beaucoup plus grosses que celles que nous voyons sur la pièce de M. Courtin. Toutes mes malades ont guéri sans aucune intervention.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN

Séance du 21 *mai* 1894.

GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Il nous a été donné de soigner, depuis le commencement de sa grossesse, une jeune femme enceinte pour la 3e fois et qui a présenté quelques particularités qu'il nous a paru intéressant de signaler à cause de leur rareté.

Mme A..., âgée de 30 ans, jouit d'une bonne santé habituelle, elle est fort bien constituée. Ses règles sont apparues à l'âge de 16 ans, sans difficulté, et se sont montrées ensuite d'une façon régulière.

La première grossesse remonte à 7 ans, la deuxième à 2 ans : l'une et l'autre ont été des plus normales dans leur cours et dans leurs suites. L'an dernier (1893), elle a eu ses règles pour la dernière fois le 10 mai. Jusqu'au 4 août, environ 2 mois 1/2 après, tout alla bien. Le 4 août, il se produisit une métrorrhagie abondante, et depuis cette époque jusqu'au 2 novembre, cet état de pertes ne cessa d'exister peu ou beaucoup. Dans ce laps de temps, elle perçut les mouvements de son enfant et sa grossesse évolua normalement à tous les autres points de vue.

Plusieurs fois, je fis un examen attentif de l'utérus et des annexes ; rien, sauf la métrorrhagie, ne sortait de l'état physiologique. Je pus même, à plusieurs reprises, constater les mouvements actifs du fœtus.

Enfin, le 2 novembre, c'est-à-dire près de six mois après la cessation des règles, se produisit très rapidement, en moins de quatre contractions utérines, un avortement sans la moindre hémorrhagie ultérieure, donnant issue à un enfant du sexe féminin vivant.

Au moment de la délivrance, dans le vagin, je sentis comme un cotylédon détaché du placenta. Je le tirai sans le moindre effort et le mis de côté pour l'examiner dès que ce dernier serait expulsé ; ce fut quelques instants après.

Le placenta était complet, mais exsangue, pâle et granulé.

La petite masse recueillie tout d'abord ressemblait à un œuf avec ses membranes. Je l'ouvris avec des ciseaux et il en sortit un peu de liquide, laissant à découvert un embryon d'à peine trois mois dont les différentes parties constituantes étaient des plus nettes, mais en voie de dégénérescence. Il en était de même du placenta y adhérant.

La petite fille de 6 mois vécut quelques heures et mourut.

Les suites de l'accouchement furent des plus simples pour la mère.

Cette coïncidence de deux germes, l'un mort, que la nature semble avoir voulu chasser en provoquant des hémorrhagies adjuvantes, l'autre vivant malgré ce trouble grave dans la fonction de l'utérus, nous a paru intéressant et rare.

REVUE DE LA PRESSE

ABCÈS SOUS-URÉTHRAL CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

Par M. le Dr Duchamp, agrégé chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1).

Sous le titre d'abcès sous-uréthraux chez la femme, M. le docteur Augagneur, chirurgien-major de l'Antiquaille, décrivait récemment, dans la thèse de son élève M. Calavassy et dans la *Province médicale*, (1894, nos 13 et 14) des abcès situés au-dessous de l'urèthre dans la colonne antérieure du vagin. Quelques jours après (*Prov. méd.*, n° 16), M. le docteur Condamin en publiait un cas qu'il avait observé deux ans auparavant et qui rentrait dans le cadre des abcès décrits par Augagneur.

J'ai vu, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, un abcès sous-uréthral chez une femme enceinte. En voici l'observation prise par M. Molle, interne du service.

Observation. — Mme H. P., âgée de 27 ans, est mariée depuis 3 ans et demi. Premier accouchement normal il y a 15 mois. L'enfant est

(1) In *Loire méd.*

actuellement en bonne santé. La grossesse avait été normale, sauf une leucorrhée assez abondante : suites de couches très simples. Sauf pendant la grossesse, Mme H. P. n'avait pas de pertes blanches ; elle n'a jamais souffert en urinant, ni présenté de signes de cystite. Ses rapports conjugaux n'avaient pas une fréquence exagérée.

Il y a quatre mois, alors qu'elle était enceinte d'un mois, elle ressentit quelques douleurs pendant le coït. Peu à peu une petite tumeur se forma, faisant à la vulve une légère saillie. C'est pour cette affection qu'elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 mai 1894.

A l'inspection de la région génitale, on voit la colonne antérieure du vagin faire saillie surtout pendant les efforts, à la manière des cystocèles. Le doigt introduit dans le vagin contourne la tumeur, qui n'atteint pas le col utérin ; cette tumeur est allongée d'avant en arrière ; on la contourne bien sur les côtés. On sent qu'elle fait partie de la colonne antérieure du vagin ; son volume est celui d'une grosse noix. La muqueuse à sa surface est plissée ; elle a la coloration que donne la grossesse. Sensation obscure de fluctuation.

En comprimant doucement la tumeur, on ne fait pas d'abord sourdre de pus dans l'urèthre, mais après avoir introduit dans ce conduit un cathéter utérin, on voit le pus s'échapper avec assez d'abondance par l'urèthre.

Le 28 mai, l'abcès est incisé sur la ligne médiane et sur toute sa longueur. La partie la plus reculée de l'incision donnant du sang, un point de suture est placé qui arrête l'hémorrhagie. Ecoulement de pus tenant en suspension des grumeaux blanchâtres, sans odeur spéciale. Lavage de la cavité et tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade a pu uriner seule et sans douleur. Au bout de trois jours, on renouvelle le pansement. Pas de pus dans la cavité de l'abcès ; l'urine ne passe pas par le vagin.

6 juin. — Nouveaux pansements ; la cavité diminue ; l'expression de l'urèthre est négative. La malade quitte le service ; elle reviendra se faire panser à la consultation. La marche de la grossesse n'a pas été troublée.

Ajoutons que le lendemain de l'incision, une anse de platine stérilisée, promenée dans l'urèthre, a ramené un liquide qui a été examiné au point de vue du gonocoque : le résultat a été négatif.

Cet abcès sous-uréthral est bien semblable à ceux qu'a signalés Augagneur. Au point de vue étiologique, nous ne trouvons ici ni blennorrhagie, ni traumatismes fréquents ; on peut admettre que la

grossesse, en congestionnant les organes génitaux, a pu favoriser le développement de la poche sous-uréthrale : ce n'est qu'à la fin du premier mois de cette grossesse que les premiers symptômes ont apparu.

Cette variété d'abcès est assez rare ; elle n'est pas signalée par les gynécologistes. La description d'Augagneur est le premier travail paru sur ce point.

Nous en reproduirons les conclusions qui résument ce qui a trait à ce sujet :

I. — Il existe assez fréquemment, chez la femme, à la période génitale de la vie, un abcès que sa situation permet d'appeler abcès sous-uréthral.

II. — L'abcès est développé aux dépens des glandules du septum uréthro-vaginal. Il peut se vider partiellement par les canaux de ces glandes dans l'urèthre ; il ne se porte jamais du côté du vagin ; l'urine ne pénètre pas.

III. — L'affection est, le plus souvent, chronique ; c'est un kyste glanduleux : elle peut être intermittente, grâce aux évacuations par l'urèthre.

IV. — La cause est probablement la contusion répétée ou prolongée de la région : accouchement, excès de coït.

V. — Les symptômes subjectifs sont nuls.

VI. — L'incision par le vagin est le traitement à adopter dans tous les cas.

TROUBLES GÉNITAUX ET AFFECTIONS DES VOIES AÉRIENNES CHEZ LA FEMME.

Dans un travail sur ce sujet publié par la *Revue de Laryngologie*, M. le Dr Albespy (d'Allevard) rappelle que c'est un fait bien connu que les affections des organes génitaux, chez la femme, donnent lieu à des troubles nombreux et excessivement variés, et il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à lire dans les ouvrages spéciaux le tableau clinique de la métrite chronique. Parmi ces troubles, les uns sont constants (phénomènes dyspeptiques, névropathies diverses, etc.) ; les autres, comme ceux dont il est question dans ce mémoire, sont relativement rares et observés surtout par les spécialistes.

Il peut se produire, au moment des règles, un gonflement de la muqueuse nasale, surtout de la muqueuse des cornets qui donne lieu à des réflexes secondaires. Lorsque ce gonflement existe en dehors de

l'époque menstruelle et qu'il a déjà provoqué des réflexes, il y a ordinairement à ce moment une aggravation de ces réflexes.

Chez les femmes, lorsqu'il se produit des modifications dans le fonctionnement des organes génitaux et surtout à l'époque où la menstruation s'établit, ou lors de la ménopause, il n'est pas rare de remarquer une poussée congestive sur la peau qui recouvre le bout et les ailes du nez. La peau se gonfle et présente une rougeur diffuse, le bout du nez est globuleux et brillant. Ce phénomène est probablement dû à une hypertrophie des cornets qui coexiste presque toujours et qui occasionne un ralentissement de la circulation. Bresgen l'attribue surtout à l'hypertrophie du cornet moyen et à la pression qu'elle exerce sur la cloison et la voûte nasale.

Les affections du nez préexistantes présentent ordinairement une aggravation des symptômes aux époques menstruelles et tous les spécialistes connaissent l'augmentation de fétidité de l'ozène à ces époques.

Il peut arriver enfin que le gonflement passager des cornets, de cause génitale, trop de fois répété, détermine une hypertrophie vraie, susceptible elle-même de provoquer, sous l'influence d'une excitation quelconque, des phénomènes nerveux réflexes. M. Albespy en cite plusieurs exemples très probants. Ils démontrent que, dans ces cas, il faut en même temps qu'on traitera la lésion nasale, traiter la lésion génitale.

Les affections des organes génitaux chez la femme peuvent aussi avoir une influence fâcheuse sur le larynx. Cette influence peut se manifester soit par des troubles nerveux réflexes, soit par des congestions passives se produisant sur certaines parties du larynx (état congestif des bandes ventriculaires et surtout des apophyses aryténoïdes) ou enfin par le gonflement du corps thyroïde agissant alors par compression du nerf récurrent, comme M. Albespy en cite deux cas.

A l'époque de la puberté, on observe quelquefois chez les jeunes filles du spasme de la glotte ou bien encore, sous l'influence d'une émotion quelconque, une toux qui se traduit par de véritables accès paroxystiques ou par de petites secousses plus ou moins régulières. Cette toux, qui n'est qu'un phénomène réflexe, se rencontre aussi chez les femmes soit au moment de la ménopause, soit à l'occasion d'une métrite chronique, de végétations, d'un polype utérin, etc. M. Albespy a observé une dame de 47 ans, bien portante, encore régulièrement réglée, mais ayant des pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles, qui ne pouvait se pratiquer une injection vaginale sans être prise aussitôt d'un accès de toux très violent.

La menstruation et la grossesse donnent souvent lieu à de l'hypéresthésie du larynx. M. Albespy en rapporte plusieurs cas et rappelle, à ce sujet, une communication intéressante de M. le Dr Joal (du Mont-Dore) relative à l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui, à partir du moment où la menstruation devint irrégulière, présenta les phénomènes suivants : cuissons au niveau du larynx, difficulté d'avaler, toux fréquente, légère dyspnée, crachats sanguinolents venant après les quintes de toux. Dans l'intervalle des règles, les crachats sanguins sont plus rares, pour redevenir plus fréquents à l'époque suivante. Une amélioration s'étant montrée dans l'état général, les règles devinrent plus abondantes et les crachats sanglants moins nombreux. L'examen en dehors de l'époque menstruelle montra une hypertrophie de l'amygdale linguale qui présente un aspect mûriforme. Il n'y avait ni croûtes noirâtres, ni dilatations variqueuses à la base, sur les bords et à la face inférieure de la langue. La veille de l'apparition des règles, le laryngoscope montra une poussée hyperémique sur l'amygdale linguale.

L'hypertrophie amygdalienne fut traitée au galvano-cautère.

Tout les accidents cessèrent lorsque la santé générale fut redevenue bonne et la menstruation régulière.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*).

NOUVELLES

—

Exposition de Bordeaux, 1895. — La sous-commission spécialement chargée, par le Comité d'administration de la Société Philomathique, de l'organisation des classes 26, 27 (Médecine et Chirurgie, Hygiène), croit devoir vous adresser la plus pressante invitation à participer à la XIIIe Exposition de Bordeaux 1895.

Les immenses progrès réalisés depuis quelques années dans ces sciences éminemment utilitaires, dans les applications merveilleuses qui en découlent chaque jour, au plus grand bénéfice de l'humanité, donnent à cette partie de l'Exposition une importance considérable. Celle-ci ne saurait échapper à ceux dont le labeur et les efforts journaliers concourent sans cesse à augmenter ces progrès.

C'est donc à tous, représentants divers de la médecine humaine dans toutes ses branches ou spécialités, médecins et chirurgiens,

hyiénistes, industriels adonnés à la construction de tous les instruments ou appareils se rattachant à ces sciences, que nous demandons instamment de faire connaître à Bordeaux les résultats de leurs travaux.

En concourant par leur présence à augmenter l'éclat de l'Exposition de Bordeaux, centre d'une des régions les plus importantes de la France, et en même temps siège d'une Faculté de Médecine et d'un grand nombre de Sociétés savantes, ils peuvent être assurés à la fois de rendre un signalé service à leurs semblables et de bénéficier largement des avantages moraux et matériels attachés à toute vulgarisation de leurs découvertes ou de leur fabrication.

La Commission d'organisation fera les plus grands efforts pour assurer à tous son concours le plus efficace et le plus dévoué.

Les Délégués des classes 26 *et* 27
à la Commission d'installation générale,
Dr Gendron (Médecine et Chirurgie),
Dr Mauriac (Hygiène).

Le Président,
de la Sous-Commission,
Dr Ch. Dubreuilh,
Chirurgien en chef honoraire
de la Maternité.

Classe 26. Médecine et Chirurgie.— *a.* Matériel, instruments et appareils pour les travaux d'anatomie normale et pathologique, d'histologie et de bactériologie, etc. ; pièces naturelles de démonstration ; préparations, etc. ; pièces artificielles de démonstration anatomique et pathologique. — *b.* Instruments de diagnostic et d'exploration générale et spéciale, tels que : appareils enregistreurs, sphygmographes, thermomètres, laryngoscopes, boîtes à réactifs, etc. — *c.* Appareils et procédés d'anesthésie locale et générale.— *d.* Appareils et instruments de chirurgie générale, d'obstétrique et de chirurgie spéciale : tables pour examens et opérations. — *e.* Appareils et procédés de stérilisation des instruments, des pièces de pansement et de l'eau à filtrer, étuves sèches, autoclaves, etc. — *f.* Pièces de pansement antiseptiques et aseptiques : gazes, cotons, étoupes, éponges, etc., préparés et stérilisés. — *g.* Appareils de chirurgie herniaire et de contention ; prothèse générale, plastique ou mécanique ; appareils d'orthopédie. — *h.* Instruments et appareils divers de thérapeutique spéciale, pulvérisateurs, inhalateurs, injecteurs clysos. — *i.* Électricité médicale. (Voir aussi classe 129.) — *j.* Optique médicale ; prothèse oculaire.— *k.* Instruments destinés à la pratique de l'art dentaire ; prothèse de la bouche et de la face. — *l.* Appareils divers destinés aux infirmes,

aux malades et aux aliénés; literie spéciale, literie mécanique, fauteuils, voitures, portoirs et brancards, etc. — *m*. Appareils balnéatoires et hydrothérapiques; aérothéraphie. — *n*. Kinésithérapie; procédés de massages et appareils de gymnastique médicale et hygiénique. — *o*. Accessoires du service médical et chirurgical dans les hôpitaux et les infirmeries, postes de secours; coffres à médicaments et instruments.

CLASSE 27. HYGIÈNE. — *a*. Matériel, instruments et appareils à l'usage des études d'hygiène; laboratoires, bureaux d'hygiène. —*b*. *Hygiène publique*: 1° Matériel et procédés d'assainissement des villes; filtration et distribution des eaux de consommation et d'arrosage; matériel et appareils pour le transport, la réception, le traitement des immondices; drains et égouts, siphons hydrauliques, water-closets et urinoirs publics; appareils et procédés d'assainissement et de neutralisation. 2° Etudes et moyens de prophylaxie des maladies transmissibles, vaccinations, vaccins; procédés, produits, appareils de nettoiement, de désinfection, de stérilisation sur place; usines publiques de désinfection. 3° Appareils et instruments d'ensevelissement; appareils de destruction des cadavres; crémation; appareils et procédés de conservation et de transport des cadavres; embaumements, dépôts mortuaires. 4° Hygiène professionnelle et industrielle; matériel et procédés. — *c*. *Hygiène de l'habitation*: 1° Système de construction les plus conformes aux principes de l'hygiène. 2° Matériel et procédés d'assainissement des habitations; aération directe, ventilation, chauffage, éclairage, dans leurs rapports avec la salubrité. (Voir aussi classe 94, Habitation.) 3° Canalisations intérieures; plomberies et poteries sanitaires; siphons hydrauliques, réservoirs de chasse; éviers, water-closets, lavabos, salles de bains; mobilier en général; stérilisation de l'eau. — *d*. *Hygiène des établissements spéciaux*: 1° Plans, modèles, agencements, mobiliers d'hôpitaux, d'asiles, de maisons de refuge et de retraite, d'aliénés, de crèches, sanatoria, bains populaires. 2° Plans, modèles, types d'ambulances civiles ou militaires. (Voir aussi classe 119, Sauvetage.) 3° Plans, modèles, agencements, au point de vue sanitaire, d'usines, ateliers, collèges, casernes, etc.

Les demandes d'admission devront parvenir *avant le 31 décembre 1894*. Les produits à exposer devront être rendus à destination *avant le 15 mars 1895*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1.— Traitement des hémorrhagies utérines pendant l'état puerpéral. (Dr Pinard.)— Les moyens que nous employons sont :

1° L'emploi de l'eau chaude à 48° ;

2° La large déchirure des membranes ;

3° La dilatation du col de l'utérus, obtenue sans décollement du placenta et sans descente de la région fœtale ;

4° L'emploi des injections de sérum salin.

Déjà, je disais, en 1890 (1) : « Depuis 1883, j'ai employé les irrigations chaudes presque exclusivement dans mon service, à la Maternité de Lariboisière. *L'eau chaude a pour moi remplacé le seigle ergoté.* » Et je montrais l'action de l'eau chaude sur la fibre musculaire et sur les vaisseaux.

Depuis, l'usage de l'eau chaude s'est assez répandu dans la pratique obstétricale pour que je n'aie rien à ajouter aujourd'hui. Nous aurons seulement à voir dans quels cas l'emploi de l'eau chaude est tout-puissant et dans quels cas il est insuffisant.

La déchirure des membranes, dira-t-on, n'est pas un procédé nouveau. Assurément non, et nous ne l'avons pas inventé. Mais, peut-être, trouverez-vous, quand nous nous serons expliqués sur ce point, qu'il y a une différence entre notre *large déchirure des membranes* et la vieille perforation ; et peut-être conviendrez-vous avec moi que chercher à empêcher le décollement du placenta n'est point la même chose que de s'efforcer d'obtenir l'évacuation du liquide amniotique.

La dilatation de l'orifice utérin sans décollement du placenta et sans descente de la région fœtale, obtenue par l'introduction dans l'utérus du ballon incompressible de Champetier de Ribes, a une action bien différente de ce que l'on obtient par le tamponnement vaginal. Avec celui-ci on est censé opposer au sang une barrière infranchissable, et voilà tout. Nous verrons ce qu'est cette barrière in-

(1) Voyez *Médecine moderne*, 1890. De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité.

franchissable, même construite par des ouvriers impeccables, mais nous verrons surtout qu'avec l'emploi du ballon nous arrêtons immédiatement l'hémorrhagie ; nous empêchons le décollement du placenta, pendant que nous obtenons sûrement et sans danger la dilatation de l'orifice utérin. Et j'aurai alors la grande satisfaction de vous montrer les services rendus à l'obstétrique par mon collègue Champetier de Ribes en nous dotant de ses ballons.

Il me reste à vous parler du dernier moyen énoncé tout à l'heure : je veux dire : l'*emploi du sérum salin*. Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre que nous n'employons pas ce moyen pour combattre l'hémorrhagie, pour empêcher l'écoulement sanguin. Nous l'employons pour combattre les effets immédiats ou consécutifs de l'hémorrhagie, et je puis vous affirmer que nombre de femmes, apportées exsangues dans mon service et n'ayant plus perdu de sang, y seraient mortes si on ne leur avait injecté dans le tissu cellulaire, une quantité plus ou moins considérable de sérum fait avec un litre d'eau bouillie et six grammes de sel marin.

Telles sont les armes que nous employons aujourd'hui pour combattre les hémorrhagies pendant la puerpéralité.

Vous voyez que si nous avons brisé les armes anciennes, nous en avons forgé de nouvelles que vous serez toujours à même de vous procurer facilement, et je vous dis en terminant : « Prenez-les, venez en apprendre le maniement, et leur usage se traduira par une économie de vies humaines. » (*Bull. méd.*)



2.— Ligature de la base des ligaments larges à travers le vagin pour fibromes de l'utérus. — Gœlet dit que cette opération est très avantageuse et remplie de succès quand il s'agit d'arrêter une hémorrhagie utérine ou de réduire des croissances fibreuses de l'utérus. Son opinion est qu'on peut l'exécuter à la place de l'hystérectomie quand cette dernière opération doit faire courir de trop grands dangers à la malade, et à titre d'opération préliminaire, en vue d'éviter la nécessité d'une opération plus grave. Lorsqu'il n'existait pas de connexions étendues exigeant une nutrition additionnelle, on a pu obtenir une réduction considérable, même dans les tumeurs de gros volume. Lorsque l'opération a été faite pour des tumeurs plus petites, le résultat obtenu a été encore plus satisfaisant. Dans quelques cas même, il s'en est suivi une atrophie complète. Ce

résultat, aussi bien quo l'arrêt d'une hémorrhagie utérine, s'explique par ce fait que l'intervention sur les vaisseaux et les nerfs, causée par la ligature de la base des ligaments larges, diminue la nutrition de l'utérus et de ses tumeurs.

On estime, en général, que les artères utérines fournissent les deux tiers du sang nécessaire à l'utérus. Il est donc juste d'espérer qu'un effet notable sera produit sur l'utérus et sur les tumeurs qui se développent sur ses parois, si celles-ci sont séparées des vaisseaux qui les nourrissent.

Il n'y a qu'un danger à courir dans cette opération : c'est la présence des uretères que l'on peut très bien comprendre dans la ligature. On sait, en effet, que les uretères passent en bas derrière l'artère utérine, à 10 ou 12 millimètres seulement du col de l'utérus, et sont, en conséquence, situées dans le champ opératoire. Gœlet insinue, comme premier temps de l'opération, en prévision d'éliminer cette cause de danger, d'introduire des bougies dans les uretères à travers la vessie. Il admet, cependant, qu'un chirurgien habitué à opérer dans cette région pourra aisément éviter les uretères.

Quant au procédé opératoire, Gœlet, au lieu de lier chaque artère en un seul point, exige deux et trois ligatures des artères de chaque côté, au moment où elles montent le long des bords de l'utérus. Ceci a pour résultat de prévenir l'épanchement sanguin à la partie inférieure de la cavité utérine. Gœlet attribue la priorité de cette opération au Dr Martin, de Chicago, qui a récemment suggéré et popularisé cette opération, en indiquant la technique opératoire ; mais il s'attribue le mérite d'avoir, le premier, lié l'artère utérine par le vagin, et cela d'un côté seulement, au mois de janvier 1894, pour un cas de vaste tumeur fibreuse de l'utérus chez une femme enceinte de sept mois. Son but était, en opérant ainsi, de diminuer le volume de la tumeur, en réduisant la quantité de sang qui la nourrissait. L'artère du côté opposé ne fut pas liée, parce qu'elle était rendue inaccessible par la position occupée par la tumeur. Six mois plus tard, cette tumeur avait un volume d'un tiers plus petit et n'occasionnait plus d'inconvénient.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

***

3.— Traitement de l'hémorrhagie utérine.—M. Muselli, appelé auprès d'une femme, enceinte pour la huitième fois et en rat-

vail, constata une dilatation de la largeur d'une pièce de cinq francs avec une présentation occipito-iliaque gauche antérieure. Il venait à peine d'annoncer à la famille que l'accouchement demanderait encore quelques heures pour se terminer, lorsqu'une contraction très énergique expulsa brusquement l'enfant et le placenta. La sortie de ce dernier fut suivie d'une hémorrhagie tellement abondante qu'il dut, comme le recommande Tarnier, introduire la main dans l'utérus pour le débarrasser des caillots et solliciter les contractions. Cette intervention diminua seulement l'hémorrhagie. Aussi, pour l'arrêter complètement, il dut pratiquer une injection d'eau phéniquée très chaude en se servant du laveur de Lefour. Il éprouva de la difficulté à le faire fonctionner et surtout la quantité d'eau injectée en une fois fut insuffisante ; il dut renoncer à cet appareil et le remplacer par un entonnoir ordinaire qui lui permît d'avoir un courant intense et continu. Cette observation a pour but de signaler les inconvénients du laveur de Lefour, qui se trouve entre les mains de toutes les accoucheuses.



4. — Des accouchements sans antisepsie vaginale. — On sait que de divers côtés, en Allemagne principalement, un bon nombre d'accoucheurs ont répudié toute injection vaginale, toute mesure de désinfection interne, tout au moins à la suite des accouchements normaux. M. Mermann est un des partisans les plus déterminés de cette nouvelle manière de faire ; pour lui, les injections vaginales ne sont pas seulement inutiles, mais elles constituent une manœuvre dangereuse. Les résultats de sa pratique semblent lui donner raison. Une série de 1200 accouchements ne lui a pas donné un seul décès. La morbidité a été de 5 à 7 pour cent. Il faut dire qu'il considère comme morbide tout cas dans lequel la température a atteint 38° lors même que la cause pathologique serait extra-génitale.

Il se prononce contre la théorie qui veut que la femme porte en elle-même les germes de l'infection puerpérale, ce qui nécessiterait toujours la désinfection génitale. De plus, au point de vue théorique, il refuse de baser sa conduite clinique uniquement sur les données de la bactériologie. Et en vérité, de combien de germes pathogènes l'individu le mieux portant n'est-il pas porteur, sans qu'il paraisse en souffrir le moins du monde. (*Centralbl. f. Gynäkologie*, n° 33.)

***

5. — **Quatre-vingts hystérectomies vaginales**, par le docteur E. POUCEL, chirurgien des hôpitaux de Marseille. — Les succès de l'hystérectomie vaginale augmentent chaque jour, grâce au perfectionnement incessant du manuel opératoire et aux indications plus précises fournies par la clinique. Cette opération est pourtant encore discutée ; aussi, est-il du devoir du chirurgien qui en compte un certain nombre à son actif d'en faire connaître les résultats, afin d'arriver à une statistique générale établissant sa valeur.

I. Du 1er janvier 1893 au 1er octobre 1894, nous avons pratiqué 80 hystérectomies vaginales : 6 en ville et 74 à l'hôpital de la Conception, à Marseille. Sur ce nombre, il n'y a eu qu'un seul décès.

Trois de ces opérations ont été pratiquées : une par mon interne M. Aslanian et deux par mon suppléant le docteur Louge.

Ces 80 opérations se décomposent ainsi :

Cas.		Guérisons.	Décès.
25	Salpingo-ovarites simples............	25	»
20	Métrites cancéreuses..................	20	»
19	Salpingites suppurées bilatérales (dont 3 avec cellulite pelvienne)..........	19	»
11	Fibromes utérins.....................	10	1
1	Fibrome utérin avec gros kyste intra-ligamentaire......................	1	»
4	Hématocèles avec lésions salpingiennes..	4	»
80		79	1

Sur ce nombre, il y avait 63 utérus mobiles et 17 adhérents.

Le résultat opératoire a été des plus satisfaisants, puisque nous n'avons eu ni hémorragie, ni ouverture de la vessie, du rectum ou des uretères.

A la chute des eschares, une seule malade a eu une fistule vésicale guérie spontanément au bout de deux mois et une autre, opérée depuis cinq mois, conserve encore une fistule de l'uretère gauche que des cautérisations légères au thermocautère ont considérablement diminuée. Ces cautérisations ont été pratiquées avec le plus grand soin en protégeant et repoussant la paroi opposée de l'uretère avec le bouton d'un porte-mèche.

La mort de notre soixante et onzième opérée est due à de la septicémie.

II. D'après notre statistique, 19 salpingites suppurées bilatérales

dont 3 avec cellulite pelvienne, ont été opérées avec plein succès, alors qu'en 1892, sur 16 laparotomies pour lésions analogues, nous avions eu 2 décès, ce qui, à notre avis, contribue à établir la supériorité de l'hystérectomie vaginale dans ces sortes de lésions.

Lorsque le pyosalpinx est unilatéral et qu'il proémine dans les culs-de-sac, nous préférons l'incision vaginale avec drainage : 14 opérations de ce genre, pratiquées cette année dans le service, ont été suivies de guérison.

Une remarque trouve ici sa place, c'est qu'avant d'inciser, il faut, dans le pyosalpinx ancien, s'assurer exactement de la position de la vessie qui peut être attirée très loin soit par la position de la poche salpingienne, soit par les tractions de l'uretère refoulé.

Nous n'avons pratiqué l'hystérectomie vaginale que pour des fibromes de petit volume, préférant la laparotomie toutes les fois que la tumeur dépasse le volume d'une grosse orange et surtout que son développement est intra-ligamentaire.

Nous ne rendrons pas l'hystérectomie vaginale responsable du seul décès qui charge notre statistique, mais nous croyons la laparotomie moins dangereuse que le morcellement dans les grosses tumeurs. Ainsi, sur 14 laparotomies en 1892 et 17 depuis 1893 pratiquées dans le service pour tumeurs volumineuses dont les deux plus grosses pesaient 7 kg. 800 et 10 kg. 320, nous n'avons eu aucun décès.

Nous estimons donc, d'après notre courte pratique, que les salpingo-ovarites, suppurées ou non, mais doubles, ainsi que les petits fibromes qui ont résisté à une médication interne, doivent être traités par l'hystérectomie vaginale ; le pyosalpinx unilatéral, par l'incision vaginale, et que les fibromes intra-ligamentaires ou d'un volume excédant celui d'une grosse orange sont justiciables de la laparotomie.

III. Dans une opération aussi délicate et complexe que l'hystérectomie vaginale, il n'est pas de détail qui n'ait son importance et chaque chirurgien doit faire connaître les particularités de sa pratique.

Deux et même trois jours avant l'opération le champ opératoire, le vagin et l'intestin sont soigneusement aseptisés.

Avant de commencer, l'opérateur et les aides se lavent soigneusement les mains à l'essence de térébenthine, puis au savon, à l'alcool et enfin au sublimé.

Le curage utérin préalable que quelques chirurgiens ont adopté, nous le remplaçons par une cautérisation au thermocautère de la

cavité cervicale, suivie d'introduction d'iodoforme et d'un petit tampon intra-utérin.

Autant que possible, j'évite le morcellement afin de diminuer les chances d'infection. Pour la même raison, je supprime absolument les lavages vaginaux, lorsque les culs-de-sac sont ouverts et même le plus souvent dès le début de l'opération le sang est enlevé à l'aide de tampons.

Il ne me paraît pas y avoir de règle fixe pour faire basculer l'utérus, lorsque cette manœuvre est nécessaire, certains utérus basculent mieux en avant, d'autres en arrière.

Pour l'extirpation des ovaires et des trompes, lorsque ces organes sont peu ou pas adhérents, il est indiqué d'exercer sur eux des tractions graduées. Une manœuvre qui m'a paru singulièrement favoriser leur descente et même leur apparition dans le vagin, consiste à exercer sur la pince supérieure un mouvement de rotation sur son axe combiné à un mouvement de traction en même temps que l'on porte les anneaux de la pince en dehors. Cet enroulement aura lieu le plus souvent de dedans en dehors et d'arrière en avant. Pour pratiquer cette manœuvre, sans crainte de laisser échapper les ligaments, il faut pouvoir compter sur les pinces et sur leur mode d'application.

Un détail qui peut avoir, à l'occasion, son importance et auquel nous ne manquons jamais, consiste, une fois le pansement du vagin terminé, à jeter une ligature sur chaque pince, près des anneaux, afin d'éviter son dérapement. C'est peut-être à cette pratique bien simple que nous devons l'absence d'hémorrhagie.

Lorsque l'opération présente de grandes difficultés ou que l'état général de la malade fait redouter les conséquences du choc, nous pratiquons, selon la méthode adoptée dans le service, des injections sous-cutanées de cognac, de préférence avant le pincement et la section des ligaments.

Ainsi qu'on le conseille, les pinces sont enlevées après quarante-huit heures et nous nettoyons le vagin avec des tampons faiblement imbibés de liqueur de Van Swieten avec deux tiers d'eau.

En résumé : antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'opération ; emploi de pinces très solides et ligature de chaque pince après l'opération ; chloroformisation combinée aux injections hypodermiques de cognac ; suppression des injections vaginales pendant l'opération et les pansements ultérieurs ; manœuvre de l'enroulement pour l'extirpation annexielle. Tels sont les détails de manuel opéra-

toire que nous tenions à faire connaître et auxquels nous devons peut-être les beaux résultats qui viennent d'être indiqués.

(*Gaz. des hôpitaux.*)



6.— Traitement des abcès du bassin de la femme. — Landau vient de plaider en faveur de la conservation des organes génitaux de la femme. Il dit qu'il ne faut avoir recours à une opération sanglante, à leur extirpation qu'en cas d'absolue nécessité. Il est convaincu que certains abcès pelviens peuvent être traités par une simple incision, et que la guérison, surtout s'il s'agit d'abcès uniloculaires, peut être obtenue par un traitement conservateur. Il considère comme un excellent moyen de diagnostic la ponction exploratrice, lorsque certaines difficultés mécaniques ne permettent pas de se rendre exactement compte de l'affection. Ce procédé a de plus l'avantage de donner un résultat rapide, une simple incision ne nécessitant pas de soins aussi longs qu'une ablation d'organes. C'est ainsi que Landau cite des cas où il a été amené à ouvrir une des parois utérines. Dans certains cas d'abcès multiloculaires cette méthode conservatrice aurait également été suffisante. Lorsque le chirurgien se trouvera donc en présence d'abcès des organes génitaux de la femme, il devra, autant que possible, essayer de donner issue à la collection purulente, et ce n'est que s'il suppose ce procédé insuffisant ou impraticable qu'il tentera une opération plus radicale. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1894, n° 22-24.)



7. — Traitement chirurgical autoplastique du vaginisme. (Frœlich.) — Jeune femme de vingt-trois ans, atteinte depuis son mariage de vaginisme rebelle à tous les traitements. Deux fois déjà, la dilatation forcée avait été employée sans résultats.

M. Frœlich résolut alors de faire l'opération suivante, dans le but d'élargir considérablement le vagin : deux incisions antéro-postérieures, longues chacune de cinq centimètres, furent pratiquées sur la paroi postérieure du vagin à droite et à gauche de cette paroi, un gros spéculum de Sims fut ensuite introduit dans le vagin ; par suite de la dilatation extrême produite par cet instrument les deux plaies linéaires antéro-postérieures se transformèrent en deux plaies losangiques grand diamètre transversal.

Les lèvres postérieures de ces plaies losangiques furent minées et mobilisées d'avec les tissus sous-jacents par dissection, puis suturées chacune à la lèvre antérieure correspondante.

Le résultat final fut que les plaies linéaires antéro-postérieures se trouvèrent transformées en deux plaies linéaires transversales suturées. L'entrée du vagin était par le fait considérablement agrandie.

La réunion se fit par première intention et la malade fut définitivement guérie de son vaginisme.

Cette opération fut faite au mois d'août 1892; la guérison s'est maintenue.

Elle est la même que celle qui a été préconisée au mois d'avril 1894 par M. Pozzi, au dernier Congrès international de chirurgie à Rome. La malade de Pozzi n'étant opérée que depuis trois semaines, l'auteur ne pouvait encore indiquer la valeur exacte de cette intervention.

Les résultats obtenus par M. Frœlich deux ans avant la communication de M. Pozzi indiquent qu'il s'agit là d'une opération qui peut rendre d'excellents services dans les cas de vaginisme rebelle.

(D'après la *Rev. méd. de l'Est.*)

***

8. — **Du traitement de l'infection purulente des nouvelles accouchées**, par M. le professeur Tarnier. — Vous avez pu voir dans notre service une femme qui a succombé il y a quelques jours. Cette femme était atteinte de l'infection purulente.

Je voudrais saisir cette occasion pour vous exposer d'une façon détaillée et précise le traitement de cette terrible maladie. Mais avant d'aborder ce sujet, permettez-moi de vous dire, en quelques mots seulement, ce que c'est que l'infection purulente.

Elle est causée par des microorganismes dont les plus importants sont : le streptocoque et le staphylocoque. Ces microbes pénétrant dans la cavité utérine, pullulent, se cultivent, envahissent d'abord la muqueuse de l'utérus, puis les couches profondes du même organe, les régions voisines, les annexes et enfin les lymphatiques et les veines. Portés par le torrent circulatoire, ils peuvent pénétrer dans tous les organes, y former des lésions qu'on a appelées des abcès métastatiques et dans ces cas ils tuent presque fatalement la malade.

Étant donnée cette origine microbienne, le traitement rationnel

qui s'imposerait, ce serait de poursuivre les microbes jusque dans les organes où il ont pénétré et les tuer. Ce serait, je le répète, le seul traitement rationnel.

Mais il est impossible.

Il faut donc se contenter d'abord du traitement prophylactique, qu'on applique à toutes les femmes en couche : l'antisepsie rigoureuse des organes génitaux. A ce propos, je vous dirai que dans notre service, on fait une seule injection intra-utérine iodée à toutes les accouchées.

Mais voilà une femme qui devient malade malgré les précautions antiseptiques soigneusement prises. La température s'élève (38°, 38°5) ; le ventre est douloureux.

A quoi avez-vous affaire ?

A un léger degré d'infection ; c'est dire qu'il y a sur la muqueuse utérine quelques microbes.

Est-ce toujours là que se trouve la seule cause de l'état de la malade ?

Evidemment non !

Vous pouvez avoir une simple excoriation de la vulve qui est quelque peu infectée ; c'est peut-être, d'autre part, une simple crevasse de sein.

Mais si un examen attentif ne vous a révélé aucune lésion du côté de la vulve, ni du côté des seins, vous pouvez affirmer qu'il s'agit d'une infection utérine, et votre devoir est de faire une injection intra-utérine iodée.

L'injection faite, la température se maintient, que devez-vous penser ?

Dites-vous alors que les microorganismes ont pénétré plus profondément, très profondément même, que par conséquent les injections intra-utérines, si abondantes, si fréquentes qu'elles soient, ne serviraient à rien. Il faut avoir recours à un moyen plus radical, au curettage.

Ce dernier procédé est surtout indiqué dans les cas où il y a quelques lambeaux de la caduque dans la cavité utérine.

Mais rappelez-vous bien que la curette est un instrument dangereux. Le tissu utérin est mou, flasque, et la curette le perce facilement. Employez donc d'abord l'écouvillonnage, moyen beaucoup moins dangereux et très efficace, inventé et préconisé par M. Doléris. Si l'écouvillonnage n'a pas réussi, appliquez le curettage. En tout cas, ne tardez pas trop, faites votre traitement à temps.

Vous avez curetté et la température ne baisse pas, la maladie continue. Les microbes pénètrent dans le torrent circulatoire, l'infection purulente est déclarée.

Que faire ?

Je vous ai déjà dit que le traitement rationnel est impossible.

S'en suit-il qu'il faille se croiser les bras et laisser les femmes mourir ?

Non certainement !

Et là, c'est la nature qui nous indique la voie à suivre, et de quelle façon ?

Voilà comment l'infection purulente n'est pas fatalement mortelle. On observe — et j'ai observé moi-même — des cas de guérison. Que se passe-t-il dans ce cas ? C'est l'organisme qui lutte contre ses ennemis et parfois il emporte la victoire. De là, la première médication — soutenir les forces des malades.

Vous leur donnerez donc à manger, vous les nourrirez le mieux que vous pourrez. Heureusement elles ne perdent pas l'appétit. Donnez-leur à manger. J'insiste sur ce point, puisque, comme vous le savez, les accouchées étaient soumises autrefois à la diète, et c'est grâce à M. Legroux père, qui avait démontré l'inutilité et même le danger de cette manière de faire, qu'on a recommencé à les nourrir.

A côté des aliments solides ; viandes grillées, rôties, volaille, etc., vous prescrirez des boissons alcooliques (vin de Bordeaux, de Malaga, etc.) et dans les cas où vous aurez affaire à des malades pauvres, le grog.

Voilà le traitement hygiénique.

Passons aux médicaments.

Il y en a deux : la quinine et l'antipyrine.

Tous les deux sont des antipyrétiques, mais je préfère la quinine, d'abord parce qu'elle est plus puissante, et ensuite parce qu'elle possède des propriétés antiseptiques incontestables.

C'est Beau qui le premier montra la grande utilité de la quinine dans l'infection purulente, mais il l'administrait à des doses trop fortes, allant jusqu'à 3, même 4 grammes par jour, ce qui lui a valu des accidents très graves, même des cas mortels.

Il n'en n'est pas moins vrai que la quinine est un médicament très utile et puissant. Vous l'administrerez à la dose de 1 gramme (50 centigrammes matin et soir), de 1 gr. 50 et *très rarement* de 2 grammes, mais *ne dépassez jamais* cette dose.

Examinons maintenant une méthode qui était préconisée chaudement ces dernières années — *les bains froids.*

Vous savez que c'est Brand qui le premier avait employé des bains froids dans les affections fébriles, la fièvre typhoïde notamment.

Des observations abondent et la grande majorité d'observateurs reconnaissent l'utilité de cette méthode.

Faut-il appliquer les bains froids au traitement de l'infection purulente ?

Voici ce que je pense à ce sujet.

Au début, quand votre diagnostic n'est pas ferme, quand la température dépasse 38°5, il paraît y avoir avantage de les employer. Vous pourrez avoir recours aux différents modes : ablutions froides, serviettes mouillées sur la tête, le ventre, les cuisses, emmaillotage dans des draps mouillés. Vous abaisserez la température — c'est l'effet principal de cet agent thérapeutique.

Mais lorsque l'infection purulente est déclarée, lorsque le doute n'est plus possible, les bains froids ne doivent pas être employés ; il n'est plus temps.

En effet, ils ne serviraient qu'à abaisser la température, mais comme vous le savez, elle tombe souvent le matin jusqu'à 36°. D'autre part, tout l'organisme est envahi, les abcès métastatiques se sont formés, les bains froids ne pourront rien contre ces accidents ; ils seront donc absolument inutiles.

Il me reste à examiner une autre méthode toute nouvelle, inventée il y a quelques années par M. Fochier.

Elle consiste dans la provocation d'abcès artificiels.

Le raisonnement qui a conduit M. Fochier à cette méthode est le suivant :

On voit des femmes atteintes d'infection purulente guérir. Les abcès métastatiques qui se forment, ne seraient-ils pas des abcès critiques ?

Si oui, il faut donc les provoquer artificiellement et fournir de la sorte à l'organisme une arme qu'il emploie lui-même pour se débarrasser de la maladie qui le tue.

M. Fochier a donc essayé, et après bien des tâtonnements, trouva que c'est avec de l'essence de térébenthine qu'on arrivait à provoquer ces abcès.

Il injecte 1 gramme d'essence de térébenthine dans le tissu conjonctif sous-cutané. Ces injections peuvent être répétées tous les jours.

Le lendemain le tissus s'indure, puis gonfle ; la fluctuation devient manifeste, bref un abcès se forme. M. Fochier dit qu'il faut *bien se garder de l'ouvrir.*

Cette méthode a été beaucoup discutée. Des observations nombreuses furent publiées, les unes favorables, les autres défavorables.

Quant à moi, je l'ai employée deux fois et sans succès. L'injection de l'essence de térébenthine n'a pas empêché mes malades de mourir ; il est vrai que la suppuration, à laquelle M. Fochier attribue toute l'importance, ne s'était pas produite. En tout cas, je ne vous cache pas que j'ai peu de confiance en cette méthode.

Vous pouvez, si le cas se présente, y avoir recours, mais je vous le répète, je ne crois pas qu'elle vous donne des résultats satisfaisants.

J'ai fini.

Pour résumer les moyens thérapeutiques, disons :

Il faut soutenir les forces des malades, il faut les nourrir. Recourir à la quinine de préférence aux doses indiquées, employer les différents modes de l'hydrothérapie froide au début de l'affection, quand le diagnostic est encore douteux. Enfin, appliquer la méthode de M. Fochier.

Vous voyez, d'après cette énumération, que les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition pour combattre cette terrible maladie, tout en étant assez nombreux, ne sont pas bien efficaces. Malheureusement, l'infection purulente ne pardonne pas. Mais, en vous rappelant les cas, fort rares il est vrai, de guérison, vous ne désespérerez pas et lutterez jusqu'à la fin.

***

9. — **Traitement de l'aménorrhée fonctionnelle** par la Jacobée, dite herbe de Saint-Jacques (Senecio Jacobœus, composées). (W. MURELL.)

On a déjà vanté l'action emménagogue du sénéçon, qu'on peut employer sous forme d'infusion, de teinture ou d'extrait fluide.

Le Dr Murell a aussi employé son principe actif la *Sénecine*. C'est une substance ayant la couleur et la consistance de la résine. On l'administre à la dose de cinquante centigrammes par jour en trois fois. Le médicament, sous n'importe quelle forme, doit être pris pendant 10-15 jours pour voir les règles revenir. Il a surtout rendu de grands services à l'auteur dans l'aménorrhée survenant après les couches,

mais il ne paraît pas avoir beaucoup de prise sur celle qui reconnaît pour cause l'anémie.

L'auteur estime que cette plante et ses préparations présentent un excellent moyen pour provoquer la menstruation et qu'elles doivent occuper, en ce sens, le même rang que le permanganate de potasse et le bioxyde de manganèse.



10. — L'ichtyol en gynécologie. — A la suite d'un usage prolongé de ce médicament, Storer, après avoir passé en revue les résultats obtenus par les autres observateurs, tire les conclusions suivantes :

1° Il a surtout été satisfait de ses propriétés analgésiques et de sa prompte action curative, lorsqu'appliqué sur l'endométrium dans les cas d'endométrite.

2° Contrairement à l'opinion de certains observateurs, l'ichthyol n'est en aucune sorte la panacée gynécologique ; mais son incontestable importance estsuffisante pour lui assigner une des premières places sur la liste des médicaments.

3° Outre sa principale action, qui est de calmer la douleur, il possède encore certaines qualités résorbantes qui en certaines circonstances sont relativement puissantes.

4° Son emploi est exempt de malaise et de danger.

5° Employé pur, il donne des résultats plus satisfaisants et plus sûrs que les solutions.

6° Il n'a pas encore été prouvé qu'il ait une valeur thérapeutique autre qu'en application locale. (*Archives of Gynecology*.)



11. — Influence des préparations d'ergotine sur l'involution de l'utérus. — Le docteur Krohl (de Prague) a fait une série d'expériences (sur 120 accouchées) sur l'administration des préparations d'ergotine pendant la période puerpérale, et a remarqué que les douleurs post-partum étaient assez marquées et que l'involution utérine se faisait plus rapidement. Le pouls, sous l'influence de l'ergotine, se ralentit, mais la température et la sécrétion de la glande mammaire n'en sont pas influencées ; l'état général de la mère et du fœtus ne sont pas modifiés. Il en conclut que l'administration de

l'ergotine est utile, même dans l'accouchement normal, mais doit être surtout faite comme moyen prophylactique, avant les opérations obstétricales, comme l'opération césarienne, dans l'accouchement gémellaire, l'hydramnios, l'atonie utérine, la subinvolution et l'endométrite puerpérale. Les contre-indications sont : les hémorrhagies de la grossesse et la faiblesse des contractions utérines pendant la dilatation du col et l'expulsion du fœtus. (*Arch. fur Gynec.*, janvier.)



12. — Traitement palliatif du cancer utérin. (Boldt.) — Curettage de la cavité utérine, puis cautérisations répétées avec la mixture suivante :

Acide acétique du commerce	4 gr.
Glycérine	12 —
Acide phénique	0 gr. 13

M. s. a.

Tampons d'ouate hydrophile.



13. — Pilules contre l'aménorrhée (Boldt.)

Bichlorure de mercure	0.003	millig.
Arséniate de soude	0.005	—
Extrait de noix vomique	0.01	centig.
Carbonate de potasse	0.03	—
Sulfate de fer desséché	0.15	—

Pour une pilule.

F. s. a. trente pilules semblables.
Une à chaque repas.

FORMULAIRE

—

Névralgie intercostale sous-mammaire liée aux affections utérines, son traitement.

(Jules Chéron.)

La névralgie intercostale sous-mammaire est un des symptômes les plus fréquents qu'on observe en gynécologie, si bien qu'on peut pres-

que affirmer *à priori* que toute malade qui se plaint d'une douleur localisée sous le sein gauche a une affection de l'utérus.

Cette névralgie réclame un traitement direct, car elle persiste souvent après la guérison de l'affection utérine qui lui a donné naissance.

On peut la combattre par la révulsion locale (pointes de feu, vésicatoires, pulvérisations de chlorure d'éthyle ou de chlorure de méthyle, chloroforme, etc.).

Les sels de quinine, l'aconitine, la morphine, l'atropine ont été employés tour à tour avec plus ou moins de succès contre cette névralgie.

L'association de la phénacétine et de la quinine est également recommandable ; elle réussit plus fréquemment contre ce symptôme tenace et rebelle que les médicaments que je viens d'énumérer.

Voici la formule à laquelle je conseille de recourir :

Phénacétine................	0 gr. 50 centigrammes.
Chlorhydrate de quinine......	0 gr. 10 centigrammes.

En un cachet.

Prendre un cachet avant chacun des principaux repas.

Mais le moyen qui, de tous, m'a donné les meilleurs résultats est le suivant :

On fait prendre à la malade, tous les jours, trois à cinq cuillerées à soupe de la potion suivante, une demi-heure avant le repas ou trois heures après :

Teinture de gelsemium sempervirens......	100 gouttes.
Sirop simple..........................	40 grammes.
Eau distillée..........................	260 grammes.

Cela fait de 15 à 20 gouttes de teinture par jour; c'est une dose qu'il ne faut pas dépasser.

S'il existe des points très douloureux au toucher, le long du nerf intercostal en remontant vers le rachis, il sera utile de les toucher, tous les deux jours, avec de la teinture d'iode morphinée, d'après la formule suivante :

Teinture d'iode........................	30 grammes.
Sulfate de morphine..................	1 gramme.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

I. — Atténuation spontanée de la virulence du pus des salpingites.

II. — Guérison des abcès pelviens par l'incision vaginale.

III. — Utilité du massage gynécologique.

Aucun sujet nouveau n'ayant été mis à l'ordre du jour, ce mois-ci, nous en profiterons pour revenir sur des questions déjà traitées dans nos précédentes revues.

Nous avons souvent insisté sur l'atténuation spontanée de la virulence du pus des salpingites; ce fait, maintes fois constaté par les bactériologistes, donne, à notre avis, l'explication des nombreuses guérisons qu'obtiennent les gynécologistes conservateurs, dans des cas indéniables de pyo-salpingite, par la désinfection de l'utérus et le drainage par les voies naturelles. Si l'on pouvait, dans tous les cas, éviter les réinfections auxquelles sont soumises certaines malades, surtout les réinfections blennorrhagiques, l'indication de la salpingectomie ou de l'hystérectomie pour suppuration pelvienne serait tout à fait rare pour qui saurait mettre en œuvre toutes les ressources de la gynécologie conservatrice. Malheureusement les réin-

fections ne sont pas toujours évitables, et, dès lors, le sacrifice de l'utérus et des annexes devient le seul mode de traitement vraiment curatif.

M. BOINET (de Marseille) vient de publier de nouvelles recherches sur le pus des salpingites (1) :

« On constate, dit-il, dans certaines vieilles salpingites, une diminution de la virulence de leur contenu, et du pus morphologiquement chargé de microbes infectieux s'est montré pratiquement stérile. Nous citerons comme exemple le pus d'une salpingite ancienne qui, examiné directement sur lamelles, contenait des cocci en chaînettes. Les ensemencements sur agar, bouillon, gélatine, sont restés stériles et les inoculations de ce pus dans le péritoine des animaux n'ont produit aucun accident. »

Dans d'autres cas, la virulence du pus n'est qu'endormie en quelque sorte, et, en changeant les microbes de milieu de cultures, on peut leur rendre toutes leurs qualités pathogènes.

« Ainsi : le pus d'une salpingite, dit l'auteur, recueilli sur lamelles avec toutes les précautions voulues, présentait, à l'examen direct, des streptocoques ; son injection, à la dose de quelques centimètres cubes, dans la cavité péritonéale des cobayes, lapins et rats, n'entraîne aucun accident. Les cultures caractéristiques du streptocoque se développaient, dès le second jour de l'ensemencement, dans des tubes d'agar, de gélatine et de bouillon, et elles acquéraient, à ce moment, une telle virulence que leur inoculation dans le péritoine des animaux déterminait une péritonite suraiguë très rapidement mortelle. »

La conclusion est qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir, à moins d'accidents urgents, dans les salpingites suppurées ; alors même que l'on devrait en arriver à l'hystérectomie, il y a tout avantage à attendre que la virulence du pus se soit spontanément atténuée jusqu'à devenir pratiquement négligeable.

II. — Nous avons discuté dernièrement le traitement des

(1) *L'Echo médical*, 28 janvier 1894.

abcès pelviens et nous avons montré que l'incision vaginale pouvait prétendre à être la méthode de choix pour la guérison des abcès non énucléables, ayant leur siège dans le tissu paramétrique. On peut également considérer l'incision vaginale comme préférable à l'ablation des annexes dans les pyosalpinx récents quand l'état des malades est trop grave pour que la chloroformisation ne présente aucun danger, alors que le choc opératoire est à redouter, si on fait une laparotomie. Certaines hématocèles suppurées indiquent aussi l'incision vaginale, comme le prouvent les faits de M. Mangin (de Marseille) analysés dans la revue que nous rappelons brièvement en ce moment.

Nous avons omis de parler, à ce sujet, d'une variété rare d'abcès pelviens, siégeant dans le tissu cellulaire péri-utérin et ouverts dans l'utérus spontanément, en créant une fistule intarissable. Dans ce cas, la tentation serait grande, sans doute, de recourir à l'hystérectomie. Cependant, là encore, une simple incision suivie de drainage peut amener une guérison rapide, et, non seulement la gravité de cette opération est infiniment moins grande que celle de l'hystérectomie, mais encore, en conservant l'utérus, on ne conserve pas un organe inutile, les grossesses étant loin d'être rares après la guérison de paramétrites suppurées.

Il ne sera donc pas inutile de reproduire ici les observations que M. Nisot (de Bruxelles) rapportait récemment à la *Société belge de gynécologie* (séance du 16 décembre 1894). Voici ses observations :

« Obs. I. — Mademoiselle X., 26 ans, constate des pertes blanches en 1892, ne s'en inquiète pas et fait des ablutions de propreté jusqu'à la mi-décembre. Mais les pertes augmentant, devenant jaunâtres, l'engagent à consulter un docteur qui lui prescrit des injections boriquées et lui place, à plusieurs reprises, dans le vagin, des ovules médicamenteux.

« Malgré cela, l'état de la malade s'aggrave, elle maigrit, devient nerveuse et l'écoulement prend une odeur infecte.

« En mai 1893, le même confrère, à sa consultation, lui place dans la matrice un crayon de chlorure de zinc, 3 jours après un nouveau, puis un troisième. L'affection s'aggravant de plus en plus, il lui conseille un curettage, qui est refusé par un second médecin mandé en consultation, et cela à cause des brûlures produites par le chlorure de zinc. La malade est envoyée ensuite à la campagne où on essaie de lui faire la dilatation utérine, mais sans succès ; au contraire, l'écoulement de pus qui se fait de temps en temps en grande quantité est devenu tel que la malade s'isole d'elle-même de sa famille. Elle entre dans la clinique du Dr Dorff en janvier 1894 ; le diagnostic du médecin traitant était : salpingite gauche et indication chirurgicale en rapport.

« L'examen sous le chloroforme nous donne :

« Annexes et ovaires sains des deux côtés. Matrice petite, mobile, rétrovertie. Du côté droit du vagin, on constate une tumeur, grosse comme un poing, surtout apparente lorsque la malade fait des efforts ; de plus, à chaque pression abdominale qu'elle exerce, il se produit par l'orifice du col un jet de pus d'une infection épouvantable, écœurante !

« L'examen terminé, la tumeur avait disparu, n'était plus palpable.

« D'après l'ensemble des symptômes, on conclut à un foyer purulent intra-ligamenteux du côté droit, le pus se déversant par intermittence dans la matrice.

« L'indication opératoire qui s'imposait était de rechercher l'ouverture fistuleuse dans l'utérus et d'ouvrir ensuite largement le foyer phlegmoneux....

« La dilatation ayant donc été faite, on reconnut par le toucher, vers le milieu de la matrice, du côté droit, un bourrelet percé d'un orifice ; au moyen d'une sonde on put pénétrer jusqu'au centre d'un grand abcès situé dans le paramétrium droit.

« On incise largement, tout en disséquant le tissu de la matrice jusqu'à la perforation utérine. Le tout fut ensuite bourré de gaze iodoformée. La guérison complète ne tarda pas à se faire au bout de quelques semaines.

« Obs. II. — Le second cas se rapporte à Mme X..., 31 ans, 4 en-

fants. Depuis un an, à la suite d'une fausse couche, elle se plaint de douleurs localisées dans la région sacrée et le fond du bassin. Par l'orifice utérin se fait un écoulement purulent à odeur fétide, et qui, comme dans le cas précédent, se produit par intermittence.

« Elle avait subi quatre mois auparavant un raclage sans aucun résultat ; à la proposition d'un second raclage, elle vint à la clinique du Dr Dorff.

« Par l'examen chloroformique, on constate une matrice petite en antéversion exagérée, le col fortement attiré en arrière et fixé.

« Dans le douglas, par le toucher, on perçoit la sensation d'une tumeur molle.

« Après dilatation de la matrice, au moyen de 4 tupelos, on trouve dans la paroi postérieure, au-dessus de l'orifice interne, une petite ouverture fistuleuse, qui conduit directement dans un abcès du volume d'un œuf d'oie. Une large ouverture de l'abcès, y compris la paroi utérine, suivi de tamponnement à la gaze iodoformée, donna une guérison rapide.

« Obs. III. — Je vous relate un troisième cas d'abcès pelvien, celui-ci intra-péritonéal, mais dont la genèse n'est pas tout à fait claire.

« Mademoiselle X...., 24 ans, tombe malade il y a deux ans : douleurs généralisées, gonflement du ventre.

« Un an après, elle subit un curettage ; trois mois plus tard, elle retombe malade avec tous les symptômes d'une péritonite plus ou moins généralisée.

« Le 14 juillet, le Dr Dorff l'examine pour la première fois à la campagne.

« Sans recourir à la narcose, il constate une matrice petite, antéfléchie, les deux annexes et les ovaires difficiles à bien limiter, mais sans lésions apparentes ; seulement, à la hauteur du fond de la matrice se trouvait une tumeur fluctuante qui, très développée à droite, se propageait également vers la gauche du ventre et remontait jusqu'au milieu de l'espace compris entre la symphyse et le nombril.

« Par la percussion abdominale, l'on percevait au-dessus de ce niveau le tympanisme intestinal.

« D'après l'ensemble des symptômes, le cours de la maladie, jusqu'au moment de l'examen l'on devait conclure à un abcès consécutif à une pelvi-péritonite.

« Vu la situation grave de la malade, dont la température oscillait entre 39° et 40°, l'intervention hâtive était indiquée.

« Le surlendemain, jour de l'opération, nous fûmes fort surpris : l'abcès n'était plus palpable, même sous la narcose chloroformique. La malade avait évacué la nuit, avec les selles, une grande quantité de pus.

« Mais, malgré l'évacuation du contenu de l'abcès, le résultat du premier examen était concluant pour le mode d'intervention. Une incision fut faite du côté droit de l'abdomen, à cinq centimètres au-dessus du ligament de Poupart. Après avoir traversé un tissu épais, lardacé, l'on pénétra dans une cavité pouvant contenir un gros poing, et qui s'étendait, de plus, du côté gauche de l'abdomen. Cette cavité était limitée en haut par les intestins, en bas par la matrice. Elle fut comblée de gaze iodoformée.

« Seulement les soins consécutifs ayant dû se faire à la campagne, furent insuffisants, car après cinq semaines, le Dr Dorff, de retour de voyage, revit la malade non guérie ; l'abcès donnait encore et se trouvait cloisonné en deux parties.

« La malade fut transportée à Bruxelles, dans la clinique, où l'on pratiqua une contre-ouverture du côté gauche, ainsi que le drainage par le vagin.

« Après cette dernière intervention, la malade entre rapidement en convalescence, et se trouve actuellement guérie, ne souffrant plus. La matrice et les annexes sont parfaitement normales.

« En vous relatant ces trois cas, dit M. Nisot, mon but était de vous montrer que la plupart des abcès pelviens indépendants d'inflammation des annexes de la matrice, quoique souvent difficiles à diagnostiquer, peuvent être guéris presque toujours par un traitement conservateur.

III. — Notre dernière Revue ayant été consacrée à la discussion des indications et des contre-indications du massage gynécologique, nous nous bornerons, pour aujourd'hui, à reproduire les trois observations suivantes qui confirment ce que nous disions de l'utilité de ce mode de traitement si peu ou plutôt si mal apprécié par la *Société de Chirurgie*.

Les deux premières appartiennent à M. LUTAUD (1) :

« Une jeune femme souffrait depuis plusieurs années d'une rétroflexion avec névralgie ovarienne très pénible. Comme elle appartenait par ses relations au monde médical, elle fut l'objet de nombreux examens suivis des traitements les plus variés.

« Deux membres très distingués de la Société de chirurgie déclarèrent que la cure ne pouvait être obtenue que par l'ablation des annexes et proposèrent la castration. L'opération fut d'abord décidée ; on accorda cependant un sursis à la malade pour faire une saison d'eau. Dans l'intervalle, ces messieurs voulurent bien permettre le massage dans lequel ils n'avaient aucune confiance, mais simplement *pour l'occuper*.

« A la grande surprise de tous, la jeune femme devint enceinte et accoucha à terme d'un enfant vigoureux qui était désiré depuis longtemps dans le ménage.

« *Un tel résultat aurait-il été obtenu par la laparotomie* ?

« L'autre observation est non moins caractéristique. Un an après un premier accouchement assez laborieux une jeune et riche névropathe fut prise d'accidents bizarres dus à une rétroversion et à des adhérences. Paroxysmes douloureux ovariens à chaque époque menstruelle. Cette femme a vu plus de 15 médecins ou chirurgiens gynécologistes. Dans une grande consultation à laquelle j'assistais avec deux chirurgiens des hôpitaux, l'un proposa la castration et l'autre l'hystérectomie totale. J'avoue m'être rallié à l'opinion de mes deux éminents collègues. La malade résista et s'en fut dans une maison de santé belge, et de là chez le curé Kneipp. Elle en revint enceinte et mon distingué collègue L. de la Société obstétricale l'a récemment délivrée d'un beau garçon.

« *Un tel résultat aurait-il été obtenu par la castration ou l'hystérectomie* ?

« Je n'insiste pas dit M. Lutaud, et je veux simplement dire que le massage, si mal apprécié à la *Société de chirurgie*, a cependant des applications utiles et qu'il peut, dans certains cas, remettre sur pied des femmes qui semblaient vouées à la castration. »

La troisième observation est de M. COURTIN (de Bordeaux)

(1) Le massage devant la Société de Chirurgie. *Journal de médecine de Paris*, 27 janvier 1895.

et a été rapportée dans la séance du 12 mars dernier de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Bordeaux* (*Journ. de médecine de Bordeaux*) :

M. COURTIN présente une jeune femme qui, ayant été atteinte, six mois avant le traitement, d'hématocèle péri-utérine avec salpingite et paramétrite, a rapidement guéri sous l'influence du massage gynécologique. La main percevait un empâtement douloureux et profond dans la région salpingo-ovarienne droite. Au toucher, on trouvait la partie droite du cul-de-sac postérieur envahie par une tuméfaction dure, mais élastique ; cette tuméfaction occupait tout le cul-de-sac latéral et une partie seulement du cul-de-sac antérieur ; l'utérus était fixé dans cette tuméfaction et, lorsqu'avec le doigt, on essayait d'attirer le col à gauche, la malade accusait une vive douleur.

« Par le palper combiné au toucher, on retrouvait cette tumeur occupant le bord latéral droit de l'utérus et envahissant une grande partie du côté droit du petit bassin.

« Ces données étaient confirmées par le toucher rectal.

« Après s'être assuré à plusieurs reprises que la température est normale et qu'il n'existe pas de collections purulentes, M. Courtin commence, le 8 septembre, le massage gynécologique. Ayant enduit sa main d'huile mercurielle, il introduit deux doigts dans le vagin et exerce des frictions légères sur les culs-de-sac postérieur, latéral droit et antérieur ; cette première séance, qui a été très courte, est un peu douloureuse : repos absolu au lit. La douleur ne persiste que quelques instants ; le lendemain on recommence, mais on fait quelques frictions légères sur la paroi abdominale droite, tout en massant les parties indurées que l'on trouve dans le vagin. Les douleurs sont encore assez vives et persistent quelques instants après cette seconde séance. Toujours absence de réaction inflammatoire. Dans la troisième séance, on combine le massage vagino-abdominal, faisant une sorte de pétrissage vagino-abdominal. Les douleurs sont moins vives. Après la huitième séance, la tumeur du cul-de-sac postérieur a totalement disparu, l'empâtement du bord droit de l'utérus est moins douloureux et en voie de résolution. Après douze séances, on ne retrouve plus d'induration, l'utérus redevient mobile, et c'est à peine si un léger empâtement permet de soupçonner la lésion péri-utérine. Les règles apparaissent le 22 septembre sans

douleur. Exeat le 28 septembre, marche aisée, plus de douleurs ; pas de leucorrhée. Cet état s'est maintenu malgré la reprise des travaux pénibles de cette femme.

« L'examen pratiqué au cours de la séance permet de voir que les culs-de-sac postérieur et latéral droit sont normaux, que l'utérus est resté un peu gros, mais non douloureux. Règles normales ; la malade peut travailler sans fatigue.

«Le massage gynécologique, conclut M. Courtin, est donc un mode de traitement auquel il est bon de recourir pour détruire les reliquats inflammatoires para-utérins ou annexiels, alors que le foyer est absolument refroidi et que l'on a acquis par l'observation soigneuse de la température qu'il n'existe pas de collection purulente. »

Jules Batuaud.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(Dr Chéron.)

—

Le progrès que la thérapeutique gynécologique a fait en enlevant par la laparotomie et l'hystérectomie les organes génitaux de la femme plus ou moins atteints, n'est-il pas, jusqu'à un certain point, plus apparent que réel ? Si l'on réfléchit au but que la thérapeutique poursuit, n'est-on pas en droit de se dire que procéder d'emblée au sacrifice des organes malades est un aveu d'impuissance avérée ?

Dans une leçon d'ouverture de notre clinique de la rue de Savoie, il y a deux ou trois ans, je faisais ressortir le rôle conservateur qui, de tout temps, fit la gloire de la grande chirurgie et je citais un certain nombre d'appréciations empruntées à des savants chirurgiens gynécologues réprouvant déjà les excès de la chirurgie gynécologique à outrance et faisant amende honorable.

Permettez-moi de vous redire ce que je disais alors : « La chirurgie générale s'est transformée depuis la découverte de l'antisepsie, mais ce qui la rend à un si haut degré supérieure

à la chirurgie ancienne, ce qui fait sa gloire, ce qui la rend digne de notre admiration, ce n'est pas surtout la découverte d'opérations nouvelles dont on aurait eu à peine l'audace de concevoir la possibilité, il y a une vingtaine d'années.

Ce qui est si admirable dans la chirurgie moderne, c'est qu'une fracture ouverte n'exige pour ainsi dire jamais l'amputation du membre fracturé, c'est qu'une plaie grande ou petite guérit sans complications, alors qu'autrefois les complications les plus graves pouvaient survenir à la suite d'un léger traumatisme, obligeant le chirurgien à faire amputation sur amputation, heureux encore quand le sacrifice du membre primitivement atteint permettait de sauver la vie du malade. Ce qui fait la supériorité de la chirurgie moderne, en un mot, c'est qu'elle est devenue conservatrice et qu'elle est devenue de plus en plus conservatrice à mesure que la science a progressé. Guérir au prix de terribles mutilations, c'était le pis-aller de l'ancienne chirurgie : guérir sans mutiler, voilà le véritable titre de gloire de la chirurgie antiseptique.

Je sais bien qu'on objecte qu'en matière de lésions des annexes, si on fait des mutilations, du moins ces mutilations portent sur des organes devenus inutiles, incapables de remplir leur fonction physiologique, et que la stérilité, dans les cas opérés, était irrémédiable. Est-ce toujours vrai ?

« De ce qu'un ovaire est malade partiellement, dit C. C. Coë (1), il ne s'en suit pas qu'il ne fonctionne plus et que son ablation est indiquée. »

« L'ovarite chronique, affirme Martin (2), peut guérir avec retour de l'organe à l'état normal, cela n'est pas douteux. Mes propres observations m'ont démontré qu'une ovarite chronique double, ayant duré fort longtemps, peut rétrocéder et arriver à la guérison en permettant même par suite la conception. »

(1) C. C. Coe. *N.-Y. med. Jour.*, 17 avril 1886, et *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1886.
(2) Martin. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. franc., 1889.

« L'ovarite chronique, dit Imlach (1), n'empêche pas l'ovulation de se faire. »

Polk (2) est conduit par l'expérience à admettre que le retour à la santé est la règle après la salpingite et que la conception peut avoir lieu dans un certain nombre de cas.

Walton (3), dont nous aurons l'occasion de parler tout à l'heure, croit également la fécondation fréquente après la salpingite. — Grandin (4) est du même avis.

Pichevin (5), à qui nous empruntons les citations qui précèdent, résume ainsi l'avis des auteurs qu'il a consultés : « La salpingite est donc une affection qui semble, dans le plus grand nombre des cas, marcher naturellement vers la guérison. Elle n'aboutit pas fatalement à la stérilité, de l'avis d'hommes autorisés et qui ont pratiqué de fréquentes opérations sur les annexes. »

Pour ma part, j'ai déjà vu la grossesse survenir et aller jusqu'à terme chez des malades évidemment atteintes, quelque temps auparavant, de lésions sérieuses des annexes, même bilatérales. L'exemple le plus frappant est celui d'une de mes anciennes malades qui devint enceinte quelques mois seulement après qu'un chirurgien eût voulu lui pratiquer la castration, en lui affirmant que toute espérance de conception était perdue à tout jamais pour elle.

Il y a donc lieu de réfléchir mûrement avant de proposer à une malade l'ablation de l'utérus ou l'ablation des annexes : il y a lieu de le faire d'autant plus que la guérison peut être obtenue dans la très grande majorité des cas, par une thérapeutique conservatrice.

« Il y a un an, disait Polk (6) en 1887, si l'on m'avait

(1) Imlach : *Oophorraphie*. Soc. de gyn. angl., 11 nov. 1885.

(2) Polk. *Transact. of. the amer. gynec. Society*, vol. XII, N.-Y., 1888, p. 128.

(3) Walton. *Contribution à l'étude de la péritonite*. Bruxelles, 1883.

(4) Grandin. *Med. Record*, 25 août 1888.

(5) Pichevin. Des abus de la castration chez la femme. Paris, Steinheil, 1890, n° 43.

(6) Polk, *loc. cit.*

demandé s'il fallait enlever les trompes et les ovaires dans tous les cas de salpingite, j'aurais répondu oui ; mais quelques expériences sur la table d'opérations m'ont permis de douter de la justesse de cette affirmation.

« Je suis convaincu, dit Emmet (1), que dans les 2/3 des cas opérés aujourd'hui, aucun chirurgien ayant quelque respect de sa réputation ne voudra les opérer dans 5 ans d'ici » et ailleurs il « espère que les générations futures n'auront pas à subir la castration, car les médecins apprendront à mieux traiter les malades ».

En France, c'est le Dr Doléris (2) qui fait appel à la gynécologie conservatrice et proteste avec un grand sens clinique, contre les mutilations inutiles : « Je suis convaincu, dit-il, que les huit dixièmes des femmes opérées pouvaient éviter l'opération radicale. »

Est-ce à dire pour cela que nous devions revenir à la gynécologie purement médicale de Bernutz ? Nullement. Nous avons acquis des données plus précises sur la pathogénie des infections pelviennes, nous avons appris à intervenir sans danger sur l'utérus, alors même que les annexes sont atteintes secondairement, il serait illogique de se priver des conquêtes de ces dernières années. Nous pouvons faire mieux qu'autrefois, nous pouvons désinfecter à fond l'utérus et permettre ainsi la guérison rapide des lésions des annexes, alors que sans désinfection de l'utérus la guérison serait lente et incertaine ; il faut savoir mettre à profit les ressources de la gynécologie moderne.

C'est à Walton que je vous citais tout à l'heure, que revient l'honneur de nous avoir prouvé l'innocuité du curettage aseptique dans l'endométrite compliquée de salpingo-ovarite ou de péritonite ; c'est lui qui nous a démontré la possibilité d'évacuer les collections tubaires dans l'utérus, sans danger pour les malades, au moyen de la dilatation forcée de la matrice.

(1) Emmet, cité par Pichevin (*loc. cit.*, p. 41 et p. 47).

(2) Doléris. Trop de mutilations inutiles... pas assez de gynécologie conservatrice. *La Clinique*, 1er octobre 1891.

Son exemple n'a pas tardé à être suivi, avec le même succès, par un grand nombre d'observateurs. Quant à moi, je vous ai montré, ici même, et ceux d'entre vous qui sont venus quelquefois dans mon service de Saint-Lazare ont pu constater aussi bien dans ce service que dans cette clinique, combien le curettage est inoffensif dans les cas dont nous parlons et avec quelle rapidité survient la guérison des lésions des annexes, grâce à cette thérapeutique nouvelle et pleine d'avenir.

Je me suis étendu un peu plus que je ne voulais sur cette question des inflammations de l'utérus et des annexes ; je ne le regrette pas cependant, car il s'agit des lésions les plus fréquentes et il n'était pas inutile de vous exposer complètement l'état actuel de la gynécologie sur ce point capital.

Vous avez pu voir, si vous avez bien suivi mon exposition, comment la gynécologie purement médicale de 1877 a fait place peu à peu à la gynécologie chirurgicale. Vous avez assisté tous à cette révolution, dont j'ai essayé de vous faire toucher du doigt les excès non douteux et d'ailleurs reconnus par les gynécologistes les plus autorisés. Actuellement la réaction contre les mutilations inutiles se produit de tous les côtés à la fois. C'est un gynécologiste américain qui s'écrie, ces jours-ci : « L'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais une défaite thérapeutique. »

Le *Medical Record* du 26 septembre 1891 donne en ces termes la relation de ce fait : « On considère assez fréquemment les chirurgiens américains comme particulièrement atteints de la manie opératoire ; il est d'autant plus intéressant de recueillir, dans ce pays même, des protestations contre l'abus des interventions opératoires. Au Congrès triennal des médecins et chirurgiens américains, *W. Lusk* (de New-York) a développé cette idée, que l'ablation d'un organe n'est pas un succès, mais une défaite thérapeutique. Beaucoup de cas de salpingite sont guérissables et l'ablation des ovaires exerce une profonde influence sur l'organisme tout entier de la femme. *Sinkler* remarque que l'opérateur ne peut pas suivre assez

près ses malades après l'opération et que la plupart des désordres consécutifs lui échappent. Les troubles psychiques sont fréquents après la castration et il n'est pas rare de les voir aller jusqu'à l'aliénation. Putnam, Weir, Mitchell et Guerdner rapportent des cas de salpingite non douteuse guéris sans opération et où la guérison a été affirmée par la survenue d'une grossesse. »

C'est un gynécologiste russe, M. Grammatikati(1) qui nous dit : « Après l'ablation des ovaires, on observe de graves désordres menstruels, les signes d'un climactérium prématuré, des désordres circulatoires vaso-moteurs, et même des troubles psychiques chez les femmes opérées. Après l'extirpation de l'utérus, les malades sont tourmentées par des attaques de dysménorrhée graves, qui peuvent aussi produire des troubles psychiques. On doit donc sympathiser aux empressements de la gynécologie moderne, qui tend à restreindre le domaine des opérations en développant les méthodes de traitement conservatif. » En France, enfin, c'est M. Doléris (2), dont je vous ai déjà indiqué les tendances si judicieuses, qui fait entrevoir, au Congrès de Berlin, l'orientation future de la gynécologie et qui nous dit : « L'avenir est aux procédés de restauration et de conservation, non à ceux de destruction. »

Pour nous, nous resterons fidèles à la gynécologie que nous avons toujours défendue jusqu'à ce jour ; nous soignerons les malades comme savaient le faire les gynécologues médecins qui ont illustré la science française, mais nous profiterons aussi des conquêtes modernes et nous ferons de la gynécologie chirurgicale, en restreignant toutefois nos interventions au strict nécessaire pour la guérison ; en un mot, nous continuerons à faire de la gynécologie médico-chirurgicale, et cette gynécologie restera autant que possible dans les limites de la gynécologie conservatrice.

En terminant, permettez-moi de vous répéter les deux aphorismes qui résument cet entretien.

(1) *Journal de médecine de Paris*, 8 nov. 1891.

(2) Doléris. *L'objectif physiologique en gyn*. Congrès de Berlin, 1890.

L'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais une défaite thérapeutique.

C'est la gynécologie conservatrice qui est la gynécologie de l'avenir.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(2e *article, voir le n° précédent.*)

Des bains de siège, des bains utéro-vaginaux, des lotions vulvaires, des lotions du vagin et du col,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire : I. — *Bains de siège.* Bains de siège chauds, leurs avantages et leurs indications. Bains de siège froids (méthode de Courty, méthode de Tilt, méthode de Lombe Atthil), leurs inconvénients.
II. — *Bains utéro-vaginaux.* Leurs indications, leur action sédative, leur action sur la température de l'utérus ; manière de les employer.
III. — *Lotions vulvaires* : Lotions de propreté, leur importance. Inconvénients sérieux de l'emploi des éponges et avantages de l'ouate hydrophile. Lotions médicamenteuses ; formules de lotions contre les diverses variétés de prurit, contre les végétations et contre l'eczéma.
IV. — *Lotions du vagin et du col.* Leurs indications, leur manuel opératoire.

I. — Bains de siège.

Les bains de siège sont d'un emploi journalier contre les affections utérines. Ils présentent cet avantage sur les bains généraux de pouvoir être répétés aussi souvent qu'il est nécessaire sans fatiguer les malades.

Les bains de siège chauds sont, à notre avis, les plus utiles ; ce sont d'excellents sédatifs des douleurs pelviennes, qu'il s'agisse d'utérus irritables, chez des névropathes sans lésions locales appréciables ou qu'il s'agisse de lésions inflammatoires chroniques. On ordonnera, dans ces cas, un bain de siège chaud, tous les soirs, avant le coucher, sauf pendant la période des règles.

Ces bains se font soit à l'eau simple, soit à l'eau de son, de pa-

vot, soit avec une solution de tannin, d'alun, de sel marin, etc., dans les proportions suivantes :

Son, 500 grammes ; pavot n° 1 ; tannin 30 gr. ; alun 30 gr. ; sel marin, 500 gr.

Les bains de siège froids ou frais ont été très vantés par COURTY et par TILT, comme antiphlogistiques et comme toniques dans le traitement des inflammations chroniques de l'utérus.

COURTY les employait à quelques degrés seulement au-dessous de la température du corps.

TILT utilisait l'eau froide, en prenant soin de proportionner la durée du bain de siège à la susceptibilité de la malade : deux à trois minutes d'abord pour arriver graduellement à une durée maxima de cinq minutes. Malgré cette précaution, il lui est souvent arrivé d'être obligé d'y renoncer et de remplacer les bains de siège par des lotions alternativement froides et chaudes.

LOMBE ATTHIL ne recommandait les bains de siège froids que dans l'aménorrhée : pendant les dix jours qui précèdent l'époque présumée des règles, on fait, tous les soirs, pendant 5 à 10 ou 15 minutes, asseoir la malade dans un bain contenant assez d'eau froide pour couvrir le bassin pendant que les pieds sont plongés dans de l'eau chaude ou enveloppés de flanelle. Des frictions énergiques avec un linge rude, une boule d'eau chaude aux pieds assurent la réaction.

Les bains de siège froids, chez nombre de malades, déterminent des névralgies plus ou moins pénibles, plus ou moins rebelles ; nous pensons donc qu'il ne faut les conseiller que d'une façon exceptionnelle.

La grande indication des bains de siège est, pour nous, la névralgie pelvienne et, dans ce cas, c'est au bain de siège chaud qu'il faut avoir recours.

II. — BAINS UTÉRO-VAGINAUX.

Les indications du bain utéro-vaginal sont les mêmes que celles du bain de siège, c'est dire qu'on l'emploie surtout dans les cas d'utérus sensible, irritable, comme disent les anglais,

appartenant à une malade névropathe ou même franchement hystérique.

Ces bains sont donc surtout des bains sédatifs et émollients. Aussi emploie-t-on surtout l'eau de guimauve, l'eau de son, d'amidon, etc. Ce mode de médication est très employé dans quelques stations d'eaux minérales pour combattre les formes passives très anciennes de la congestion, de l'inflammation chronique, les reliquats de vieilles paramétrites, etc., et les résultats obtenus sont parfois réellement importants.

Dans bien des cas, on voit à la suite d'un bain utéro-vaginal d'une durée d'un quart d'heure, la température prise dans la cavité utérine, avant et après le bain, baisser de deux à trois dixièmes de degré à la suite de cette médication. (Chéron.)

Les bains utéro-vaginaux se prennent très facilement, la malade étant dans un grand bain ou dans un bain de siège. Dans beaucoup de cas, il suffit, si la malade a déjà eu des enfants, d'écarter les lèvres vulvaires pour que la masse liquide déplisse les parois du vagin et le maintienne dilaté.

Des instruments ont été cependant proposés et sont souvent employés pour faciliter la pénétration de l'eau jusque dans la profondeur du vagin. Le meilleur, le plus simple, le plus facile à aseptiser (par flambage sur une lampe à alcool) est le spéculum grillagé de M. Siredey. C'est un spéculum légèrement courbe comme le conduit vaginal lui-même et constitué par deux anneaux métalliques réunis par six tiges également métalliques ; l'anneau externe a un diamètre notablement plus considérable que l'anneau interne et cette forme conique facilite beaucoup l'introduction du spéculum ; enfin, l'anneau externe ou vulvaire est muni d'une petite poignée à l'extrémité supérieure de son diamètre vertical. Cet instrument est d'un maniement facile et peut être employé par les malades elles-mêmes sans le moindre danger, à la condition qu'on leur en ait expliqué le mode d'emploi.

On utilise pour les bains utéro-vaginaux les mêmes liquides que pour les bains de siège et pour les injections vaginales (voir plus loin.)

III. — LOTIONS VULVAIRES.

L'usage des lotions vulvaires est, à juste titre, très répandu. Des lotions bi-quotidiennes, avec de l'eau tiédie, sont en effet indispensables pour enlever les matières grasses sécrétées par les glandes de la région et pour maintenir la vulve dans un état parfait de propreté ; elles sont particulièrement nécessaires pendant et après les règles, et lorsqu'il existe de la leucorrhée vulvaire, vaginale ou utérine.

L'intertrigo, les érosions de la vulve, les excoriations de la région sont efficacement prévenus par cette précaution hygiénique.

Mais, avant tout, il faut conseiller aux personnes bien portantes comme aux malades de renoncer complètement aux éponges pour faire ces lotions. Ces éponges sont presque impossibles à maintenir rigoureusement propres, elles occasionnent souvent des accidents locaux et on peut dire qu'elles éternisent à coup sûr les pertes leucorrhéiques. Aussi, prenons-nous toujours la précaution de recommander aux personnes qui viennent nous consulter de se servir exclusivement d'ouate hydrophile (qui ne sert qu'une fois bien entendu) pour lotionner la vulve.

Les lotions de propreté se font à l'eau tiède, après savonnage de la région, soit à l'eau simple, soit à l'eau boriquée (une cuillerée à soupe d'acide borique pour un litre d'eau.)

Les lotions vulvaires sont encore utilisées contre le prurit idiopathique ou causé par des irritations locales et contre certaines formes de végétations très vasculaires et étendues en nappe, difficiles par suite à exciser.

Contre le prurit simple on peut faire plusieurs fois par jour des lotions avec une infusion de mauves contenant pour un litre d'infusion, 50 grammes d'eau de laurier cerise et 10 grammes de sous-borate de soude, suivant la formule de M. Guéneau de Mussy. Si les malades ne sont pas arthritiques et s'il n'existe pas de névralgie lombo-abdominale, il est encore un moyen plus simple qui réussit très bien, c'est d'envelopper le bassin d'un linge humecté d'eau chaude (eau de guimauve, de pavot) et d'entourer le tout d'une ceinture de laine, et de recouvrir le pansement d'un

taffetas gommé. L'hydrothérapie utilise les mêmes procédés avec de l'eau froide.

Le prurit dû à des irritations parasitaires réclame l'emploi de lotions avec de la liqueur de Van Swiéten dédoublée.

Le prurit causé par la leucorrhée vaginale disparaît rapidement par l'usage de lotions vulvaires et d'injections vaginales d'eau de goudron contenant, pour un litre d'eau de goudron, une cuillerée à bouche de teinture d'iode iodurée faite en mélangeant parties égales de teinture d'iode et d'iode métallique.

Contre les végétations très étendues en surface et très vasculaires l'usage de lotions avec une solution concentrée de tannin permet d'obtenir très rapidement la disparition de l'odeur, des sécrétions fétides, de la douleur et des hémorrhagies, enfin un véritable tannage des végétations qui se déssèchent, se raccourcissent et le plus souvent tombent spontanément.

Enfin, dans l'eczéma des parties génitales externes, chez la femme on emploie avec avantage, dans le service du D[r] Chéron, à Saint-Lazare, des lotions au chlorate de potasse laudanisé ; voici la formule :

Chlorate de potasse...........	50 grammes
Laudanum de Sydenham.......	30 grammes
Aqua fontis....................	Un litre.

Cette solution doit être employée chaude. On en lotionne les parties que l'on recouvre ensuite de compresses imbibées de la même solution.

IV. — Lotions du vagin et du col.

Ces lotions consistent à baigner le museau de tanche et la muqueuse vaginale dans un liquide appliqué à l'aide d'un spéculum en verre. On emploie, dans ces cas, un spéculum en verre, en raison de la nature des solutions employées (solution de nitrate d'argent, solution étendue de teinture d'iode, solution étendue de chlorure de zinc) qui détérioreraient rapidement des spéculums métalliques.

Ces lotions semblent avoir été imaginées par Karl Meyer en

1861, qui employait surtout le vinaigre de bois contre les érosions du col, le catarrhe cervical et le catarrhe vaginal.

Elles ont joui d'une certaine faveur jusqu'à il y a une quinzaine d'années. Actuellement on n'en fait plus guère usage, et on les remplace avantageusement par des badigeonnages faits, sur les surfaes que l'on veut modifier, avec un bourdonnet d'ouate hydrophile monté sur une tige métallique.

Quoi qu'il en soit, voici comment se pratiquaient ces lotions :

Quand on voulait agir uniquement sur la portion vaginale du col, on embrassait exactement le museau de tanche avec le spéculum de verre, on versait une quantité plus ou moins grande de liquide dans le spéculum, on laissait ce liquide en contact pendant quelques minutes avec le col, puis on abaissait le manche de l'instrument et on épongeait avec soin avant de retirer celui-ci.

Quand on voulait agir sur une partie plus ou moins étendue de la muqueuse vaginale, on retirait lentement le spéculum en laissant le liquide s'étaler sur cette muqueuse pour la déterger ou la modifier.

(*A suivre.*)

LE TRAVAIL DES FEMMES

Par le Docteur Bécour

—

La composition d'imprimerie.

Quelques délégués de la Chambre Syndicale des Typographes du Nord nous ont demandé un rapport sur le travail des femmes dans l'imprimerie, notamment dans la composition. Sans entrer dans aucune question étrangère irritante, nous donnons ici notre avis impartial et l'expression publique de notre opinion basée sur l'observation personnelle et sur la science d'un grand nombre de nos confrères : Médecins, Professeurs, Hygiénistes, Ingénieurs, etc. ; qui, comme nous, ont été délégués au Congrès d'Hygiène de Paris en 1889.

Depuis trente-deux ans que nous étudions la pathologie gynécologique, nous avons dû remonter sans cesse aux causes des maladies qui incombent à la femme, et nous sommes arrivés à conclure que le travail féminin, dans bien des cas, est contraire aux lois physiologiques, à l'hygiène et à la morale sociale. Le médecin n'a pas à se préoccuper de la question économique lorsque les sources de la vie sont menacées.

La femme subit l'évolution sexuelle : le travail de la fille pubère doit être mesuré et sain comme celui de la femme, qu'elle soit en état de grossesse, en période de lactation, ou à la ménopause ; ces états successifs suffiraient à éloigner la femme de tous les métiers qui doivent être occupés par des hommes, si notre civilisation excessive n'imposait pas le travail à celle qui a droit au repos pour se préparer à l'enfantement et à la puériculture.

La femme a déjà des occupations multiples : la première levée chez l'ouvrier, et la dernière au repos, elle soigne le mari, les enfants, les grands-parents ; elle est cuisinière, couturière, lessiveuse, et souvent, trop souvent, garde-malade ; elle tient le bon ordre dans l'intérieur ouvrier, où celui-ci rentre volontiers lorsque sa maison est organisée avec méthode.

L'existence de la famille ouvrière, lorsque la mère travaille, n'est qu'une suite d'indispositions et de maux divers.

Signalons seulement les dangers de la promiscuité, les exemples pernicieux pour la jeune fille, les entraînements de la séduction et la maternité précoce.

Dans les grandes agglomérations les filles-mères deviennent la règle, et comme corollaire « *la mortalité illégitime est plus élevée en France qu'ailleurs* » (Congrès d'Hygiène de Paris, page 1079), ceci accuse une dégénérescence des *progéniteurs*, l'hygiène mauvaise et le travail mal approprié des femmes.

« Il importe que nos législateurs et administrateurs étudient
» ces faits dont ils sont responsables : le nombre des mort-nés
» s'accroît de façon continue, cause primordiale : le travail des
» femmes dans l'industrie. » (Dr Bertillon, congrès, p. 1082.)

Sur 1,000 garçons légitimes 340 sont morts à 20 ans.

Sur 1,000 garçons illégitimes 740 sont morts à 20 ans.

Cause : le travail féminin.

Depuis qu'on a admis les femmes et les jeunes filles dans les ateliers en Amérique, il n'y a plus de travail dans certaines régions pour les hommes ; les familles vivaient autrefois dans des maisons salubres, actuellement ils s'entassent en promiscuité insalubre dans des chambrées qui sont la honte et le scandale de New-York. (Dr A. Smith, congrès, p. 79.)

Tous les médecins savent que la plupart des mères qui travaillent hors de chez elles produisent de chétifs soldats ; de plus elles sont sujettes aux avortements, aux affections utérines, etc., puis comme le milieu intérieur des ateliers est plus ou moins chargé de poussières toujours nuisibles, souvent toxiques, elles sont plus menacées que l'homme de toutes les maladies des voies respiratoires et deviennent inaptes au mariage fécond, à la maternité effective.

L'inaptitude au service militaire du Nord est en raison directe de l'extension des grandes industries. (Dr Arnould, inspecteur d'armée. Éléments d'Hygiène, p. 1130.)

Il meurt cent cinquante mille enfants par an avant l'âge d'un an ; et sur un million d'ouvrières cent mille accouchent d'une progéniture entachée de misère physiologique.

Le rachitisme, la tuberculose, l'anémie, l'athrepsie, le saturnisme, la nécrose phosphorée, l'hystério, etc., etc., sont le lot des femmes et des fillettes qui travaillent dans des ateliers où le cube d'air et la lumière sont précaires, la ventilation insuffisante, les accidents fréquents, où dominent la poussière, la chaleur, l'humidité par destination ; de plus, le repas régulier est d'une difficulté extrême pour la famille travaillant dans des ateliers différents.

Ce que la femme gagne hors du domicile par un labeur contraire à sa nature, elle le perd en santé ; elle n'a pas le temps exigible pour préparer la subsistance pour tous, chacun mange hâtivement au dehors ; l'enfant est chez une mercenaire, de mauvaises habitudes se contractent qu'on n'enraye plus, l'alcoo-

lisme ouvre la série ; la famille est dissociée, la femme souffre et l'enfant meurt.

La loi de protection de l'enfance deviendrait caduque si la femme travaillait chez elle et la France aurait cent mille enfants survivants de plus par année.

Donc au point de vue physique le travail féminin a inauguré la dégénérescence de l'espèce, une natalité plus faible, un cadre nosologique plus rempli, et une énorme mortalité infantile.

Ce n'est pas par la femme que commence le désordre de la société ; elle obéit à la loi morale que cette société lui a faite.

Toutes ces considérations peuvent s'appliquer au travail de la femme dans la *Composition typographique* et nous tenons à prouver combien ce labeur, qui semble inoffensif de prime-abord, est nuisible à un haut degré pour la femme.

L'imprimerie ne figure pas dans la nomenclature des établissements insalubres ou dangereux visés par le décret de 1866, elle devrait y être au même titre que les industries qui produisent des *poussières nuisibles et toxiques*, que toutes celles qui manient le plomb et ses dérivés.

Dans le tableau de Hirt (in Arnould, p. 1169) on voit :

Sur 134 imprimeurs, 21 tuberculeux, 15 catharreux, 3 asthmatiques, 5 pneumonies, soit 47 affections respiratoires. Plus 14 malades de l'appareil digestif, 7 rhumatisants, 3 cardiopathes ; leur vie moyenne est de 54 ans.

Les typographes paient donc un lourd tribut à la maladie et à la mort. Quant à la maladie professionnelle, voici ce qu'en dit le docteur Motais, un des spécialistes les plus honorés de Paris :

« Sur 250 typographes il a 69 pour 0/0 de visions anormales « par paralysie oculaire due à l'intoxication saturnine ; les com» positeurs notamment sont rapidement intoxiqués par le sel de « de plomb. » (Congrès de Paris, p. 764.)

D'après Luys, secrétaire de la Société de Biologie :

Sur 141 grossesses, il y a eu 82 avortements, 4 accouchements prématurés, 5 mort-nés, 20 morts avant 1 an, 8 en deuxième année, 8 en troisième. *Soit un reliquat de 14.*

Preuves que les émanations plombiques sont une des causes

les plus efficientes d'avortement et de mortalité infantile. (Congrès typographie, 1880, p. 59.)

Une autre statistique révèle que 75 0/0 des ouvriers d'imprimerie meurent à l'hôpital. (Congrès typographie, 1880, p. 59.)

Il est notoire que le saturnisme occasionne une série de maladies difficilement curables : 1° des voies digestives (coliques de plomb); 2° Paralysie des doigts ; 3° Affection du foie; 4° des reins (albuminurie, diabète) : 5° Affections des centres nerveux (paralysie générale et folie saturnine).

Tous ces maux sont communs dans le Nord *en raison de la médiocre protection ouvrière*, dit le Docteur Arnould (in *Eléments d'Hygiène*, page 1191).

Le Docteur Labarthe arrive aux mêmes conclusions dans son Dictionnaire de Médecine, où il signale les maux dont sont atteints les imprimeurs et les typographes manipulant les *caractères*.

En Allemagne, l'autorité a le droit d'interdire l'emploi des femmes dans les industries qui portent atteinte à la santé. En France l'on a interdit le travail de la femme dans la mine, et cependant une statistique de la morbidité et la mortalité des mineurs, rigoureusement établie (Anzin), accuse **2** décès sur mille par tuberculose, tandis que les imprimeurs-typographes offrent **210** décès sur mille pour la même maladie, et l'on condamne parfois les falsificateurs qui introduisent la litharge dans le vin, le cidre et les conserves !

Les lois présentent de ces anomalies lorsqu'elles ne sont pas mûrement étudiées.

En raison de ces faits, il est permis de conclure :

1° Que la femme, et la jeune fille surtout, sont intoxiquées plus rapidement que l'homme en se livrant à la composition dans un milieu où l'atmosphère tient en suspension les particules impondérables de sel plombique ;

2° Que la tuberculose, qui sévit à raison de **21** 0/0 sur les compositeurs, sévira avec plus d'intensité sur les jeunes filles en raison de leur réceptivité plus grande, notamment à l'âge pubère.

3° Qu'en outre des causes banales d'hémorragies, d'avortement,

etc, qui atteignent les femmes, les compositrices paieront un plus lourd tribut à ces maux :

4° Que les mères ne sauraient compenser leur gain par un bien-être effectif en travaillant *hors de leur domicile*, qu'au contraire elles s'exposent de ce fait à perdre la santé et celle de leur enfant.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de décembre 1894.

M. Brindeau présente deux pièces, deux diverticules de Meckel. Le premier fut découvert à l'autopsie d'un enfant né à huit mois et demi, qui a vécu dix jours. Chez cet enfant, le diverticule, qui siégeait à 25 cent. au-dessus du cœcum, était libre dans la cavité abdominale.

Le second enfant est plus intéressant. Il était de huit mois environ, pesait 1,000 grammes et n'a vécu que 5 jours. Chez lui le diverticule siégeait à 22 cent. au-dessus du cœcum. Les deux bouts de l'intestin accolés en canon de fusil formaient à la racine du cordon une sorte d'anus contre nature ; il présentait, de plus, cette particularité qu'une fistule ainsi créée livrait passage au méconium qui s'était répandu dans la cavité amniotique avant la naissance de l'enfant. Au-dessus du diverticule, l'intestin grêle était dilaté; au-dessous, au contraire, il était très mince de calibre. Cette observation tendrait donc à confirmer la théorie qui admet que les fistules ombilicales reconnaissent pour cause le diverticule Meckel.

M. Petit présente un fibrome enlevé par la voie abdominale, il était trop volumineux pour être opéré par la voie vaginale. M. Petit fit l'hystérectomie abdominale avec pédicule perdu, à la soie.

M. Lutaud lit son rapport sur les candidatures de M. Dudley et Harrias au titre de membre correspondant étranger. Ces médecins présentent chacun, à l'appui de leur candidature, un

travail original : le premier sur une nouvelle opération pour prolapsus utérin, le second, sur un procédé particulier de dilatation rapide du col.

M. Bar présente une femme opérée d'urgence de symphyséotomie, il y a quarante-six jours. C'était une primipare mesurant 1 mètre 26 cent. de haut, avec un bassin de 8 cent., plus petit du côté gauche. Après la section des pubis, M. Bar laissa l'accouchement se faire spontanément et la parturiente expulsa un enfant de 3.200 grammes. Quarante-six jours après l'opération, cette femme ne présente pas de consolidation de la symphyse pubienne. Elle ne paraît pas souffrir. M. Bar connaît trois opérées de symphyséotomie qui de ce fait sont devenues pour ainsi dire impotentes.

M. Guéniot rapporte qu'une de ses opérées fut symphyséotomisée une seconde fois par M. Potocki qui a rencontré des difficultés pour pénétrer dans l'interligne articulaire : en arrière de la symphyse se trouvait une épaisse plaque de tissu fibreux qu'il a fallu couper,

M. Budin. — M. Bonnaire aurait pu citer le cas d'une femme chez laquelle la symphyséotomie avait été faite une première fois par M. Budin. Cette femme, redevenue enceinte, se présentait au terme de sa grossesse. Il ne s'écoula pas une demi-cuillerée de sang. Quand on voulut écarter les branches pubiennes pour en obtenir l'écartement; on ne put arriver qu'à avoir un écartement de 3 à 4 centimètres. Cela tenait justement à ce que derrière les pubis il s'était formé une plaque épaisse de tissu fibreux extrêmement résistant qu'il aurait fallu sectionner.

M. Villemin lit l'observation d'un enfant âgé de deux ans, né avant le sixième mois de la grossesse. La date exacte de la dernière époque menstruelle de la mère multipare, la date des premiers mouvements actifs, le poids de l'enfant (950 grammes), son aspect (on pouvait distinguer les anses intestinales à travers la paroi abdominale), etc..., tout concordait.

M. Guéniot trouve le fait extraordinairement rare et demande que les détails soient consignés avec soin dans l'observation. Il lui avait paru démontré jusqu'ici, surtout par les recherches de M. Rémy, qu'un enfant de 5 mois et demi ne peut vivre ; jusqu'à 6 mois, en effet, selon M. Rémy, les alvéoles pulmonaires sont inaptes à remplir leurs fonctions.

M. MAYGRIER a dans son service un enfant né à six mois dont le poids est tombé actuellement à 770 gr. Il a aujourd'hui sept ou huit jours et vit.

M. BUDIN, qui a suivi au début l'enfant dont M. Villemin a lu l'observation, dit que les dates sont précises. Il ne pensait pas qu'il fût possible de l'élever. Etant interne à la Maternité, il a examiné des enfants de 6 à 7 mois ayant vécu et crié deux ou trois jours. Chez eux, les cellules épithéliales comblent les cavités alvéolaires et le poumon plongé dans l'eau tombe au fond du vase. Cette observation est intéressante encore au point de vue médico-légal : L'enfant n'ayant pas 6 mois, on pouvait, non d'après le règlement de police en vigueur à Paris, mais d'après la loi, ne pas le déclarer.

M. CHARPENTIER a eu dans sa clientèle un enfant né prématurément, pesant 1,040 gr. Il croyait si peu que le nouveau-né pût vivre, qu'il l'avait déposé dans une cuvette pendant qu'il donnait ses soins à la mère. Ces soins terminés, comme l'enfant vivait encore, il l'enveloppa d'ouate. Le lendemain, grand fut son étonnement de le retrouver vivant. Il le fit mettre alors dans une petite chambre bien chauffée. Cet enfant fut élevé d'abord à la cuiller avec du lait de femme. Le douzième jour, il put prendre le sein et il s'est très bien développé. Or, il n'avait certainement pas plus de six mois et demi.

M. PETIT lit une longue communication sur 183 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endométrium.

(*La Pratique médicale.*)

Séance du 10 *janvier* 1895.

M. TISSIER présente une malade. C'est une *multipare rachitique*, chez laquelle il a fait la *symphyséotomie*, il y a six semaines. Elle a déjà eu cinq accouchements difficiles. Le bassin mesure 8,2 centim. de diamètre minimum. Cette femme enceinte de huit mois avait un enfant qui paraissait très développé. MM. Bar et Tissier décidèrent de faire l'accouchement provoqué. Après une journée de travail, la dilatation était complète, mais la tête restait élevée ; de plus le cordon était procident. Les contractions étaient très énergiques. Trois applications de forceps furent tentées sans succès ; on ne pouvait songer à la version. Il fallut recourir à la sym-

physéotomie. Une hémorrhagie abondante survint après la section et l'écartement des pubis. A noter aussi un prolapsus assez notable des organes pelviens et même du cul-de-sac péritonéal. Extraction au forceps d'un enfant vivant, qui a malheureusement succombé en nourrice au bout d'un mois. Le troisième et le quatrième jour après l'opération on trouva le ventre développé. Il existait un météorisme considérable. Cependant l'état général de la malade était bon ; aussi ne s'en inquiéta-t-on pas outre mesure. Dix-sept jours après l'opération, l'appareil de contention fut retiré. On trouva alors un utérus prolabé; mais, de plus la symphyse pubienne n'était pas consolidée ; le doigt en avant et en arrière sentait une gouttière. Au toucher, on sentait très nettement, derrière le pubis et sur les côtés du bassin, suivant l'insertion du releveur de l'anus, une tuméfaction dure, allongée, de consistance grumeleuse. On pensa que cette masse était un thrombus qui s'étendait jusqu'aux échancrures sciatiques. En effet, la tumeur aujourd'hui a disparu. M. Tissier explique la production de ce thrombus de la façon suivante. Après section et écartement du pubis, nous avons dit qu'il y avait eu une hémorrhagie abondante. Pour arrêter l'écoulement du sang, on avait fait un tamponnement : le sang arrêté de ce côté aurait fusé dans les tissus. L'auteur fait remarquer l'importance d'une antisepie rigoureuse, car cet accident augmentait grandement les chances d'infection. M. Tissier va plus loin. Il se demande s'il n'y aurait pas une relation entre ce thrombus et la pneumatose intestinale qui s'est manifestée le troisième et le quatrième jour après l'opération ? On sait en effet que certains cas de déchirures s'accompagnent de météorisme, et la théorie qui rapporte ce phénomène à la compression du rectum par l'utérus prolabé est inexacte, dans ce cas en particulier. Enfin, cette femme opérée depuis six semaines éprouve des douleurs de reins ; elle ne peut marcher longtemps ni se livrer à des travaux fatigants.

M. Fournel repousse, comme M. Tissier, la théorie de la compression du rectum par l'utérus, dans la production du météorisme. Avec lui, il croit que c'est le résultat d'une paralysie intestinale passagère.

M. Carpentier. — Présentation d'un *môle hydatiforme*.

M. Loviot présente une pièce. C'est un *arrière-faix bien constitué, auquel est attaché un œuf dégénéré*. Cet œuf aplati se trouve

logé dans l'épaisseur des menbranes. On reconnait très bien le fœtus. La mère de cette femme a eu des grossesses doubles. M. Loviot fera exécuter des coupes pour que l'on puisse avoir exactement le siège de cet œuf dégénéré.

M. Petit continue et termine la lecture de son mémoire sur la *thérapeutique intra-utérine*. Il sera discuté dans la prochaine séance.

M. Touvenaint, à propos du traitement de l'*asphyxie des nouveau-nés par les tractions rythmées de la langue*, rapporte deux observations montrant les difficultés que l'on peut rencontrer dans certains cas à user de ce procédé, et enfin son inefficacité. Dans ces deux faits, M. Touvenaint n'a obtenu aucun résultat du procédé de Laborde et n'a pu sauver les enfants que grâce à l'insufflation bouche à bouche. Il conclut que l'insufflation et la respiration artificielle sont des moyens excellents et qu'il faut conserver.

M. Budin fait une communication sur les résultats qu'il a obtenus depuis trois ans dans son service de la Charité, par l'emploi du *nitrate d'argent en solution à* 1/150 comme traitement préventif de l'ophtalmie des nouveau-nés. Sur un total de 2.004 enfants, M. Budin n'a eu que deux ophtalmies et sept conjonctivites secondaires, c'est-à-dire survenues après le sixième jour

M. Ollivier demande à M. Budin s'il fait un badigeonnage des paupières ou s'il injecte simplement une goutte de collyre.

M. Doléris arrête l'attention sur les conjonctivites secondaires. Pour lui, il y aurait nécessité de continuer le traitement prophylactique tant que l'enfant reste exposé à une contamination secondaire. A une certaine époque il a exigé que, en même temps que l'on faisait la toilette de l'enfant, on lui fit aussi le traitement pré-préventif des yeux. Il est décidé à reprendre ce système, car, au moins dans les premières semaines, l'enfant à l'hôpital reste exposé à une contamination secondaire.

M. Maygrier. — M. Budin lave-t-il les yeux avant d'y instiller le collyre ?

M. Budin procède de la façon suivante à l'hôpital : dès que l'enfant est né, alors qu'il est encore entre les jambes de la mère, on ouvre les paupières du nouveau-né et on laisse tomber deux ou trois gouttes de la solution dans l'œil de l'enfant ; puis on essuie extérieurement les yeux avec de l'ouate. Le manuel opératoire est donc extrêmement simple.

M. DOLÉRIS. — Observations d'une femme anémique, névropathe, à son troisième avortement, en train de mourir d'*hémorrhagie par décollement prématuré du placenta situé très haut.* Cette femme avait eu une syncope ; pas de commencement de travail. M. Doléris fit l'accouchement forcé : Incision du col. Eviscération du fœtus et extraction. Traitement de la mère par l'oxygène, le sérum, etc.

L. MERLE.

(*Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1895.

TROIS CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. POTHÉRAT donne sur ce sujet lecture de trois observations intéressantes surtout au point de vue des accidents auxquels elles ont donné lieu. La première malade est âgée de 33 ans, opérée en octobre 1894 par M. Pothérat dans le service de M. Segond ; la guérison était complète un mois après l'opération. Cette femme, qui avait eu, il y a seize ans, une grossesse normale constata, dans les premiers mois de 1894, les symptômes d'une grossesse. Au mois de mai survient une métrorrhagie abondante et un médecin consulté porta le diagnostic d'une fausse couche qui n'eut pas lieu. Au mois d'aout suivant, on constate l'existence d'une tumeur pelvienne supposée être un fibrôme volumineux. Cette tumeur médiane, un peu latéralisée vers la droite, est arrondie, lisse, rétinente et mobilisable ; le col est entrouvert et l'utérus se confond avec cette tumeur qui dépasse, en haut, le pubis. On prescrit le repos au lit. Enfin, en octobre, l'état général est mauvais, les métrorrhagies continues ont amené de l'affaiblissement et l'on peut constater, sous le chloroforme, que la tumeur est para-utérine. Après avoir fait le cathétérisme de l'utérus qui donne une longueur de 14 centimètres, on pratique une hystérectomie vaginale dont les suites opératoires sont normales : la guérison survient au bout de 28 jours.

L'examen des pièces a démontré ce qui suit : l'utérus est sain, la cavité vide. A gauche, existe une salpingite interstitielle. A droite, l'orifice tubo-utérin est large. On trouve une poche com-

prenant l'origine de la trompe et la corne utérine droite. La tumeur est molle, fluctuante ; la paroi est mince en haut, épaisse en bas ; dans la poche, on trouve un placenta de 3 mois environ, décollé en partie ; il n'y a pas trace de cordon.

Il s'agit donc d'une grossesse tubo-interstitielle ; le fœtus ayant été expulsé et le placenta retenu, l'écoulement du sang provenait de cette poche fœtale.

La deuxième malade a encore été opérée à Dubois. Il s'agit d'une femme de 34 ans, à santé générale satisfaisante. La malade a accouché normalement il y a 12 ans. Il y a 2 ans, elle a eu une métrite qu'on a guérie. En octobre 1894 surviennent tout à coup une douleur abdominale syncopale, du ballonnement du ventre et des vomissements. On calme cette crise par de la morphine. Le lendemain, nouvelle crise de vomissements ; puis nouvelle accalmie, enfin troisième crise, calmée encore par des injections de morphine et de la glace intus et extra. Le 20 octobre, nouvelle crise de douleurs abdominales très vives, au bout de cinq jours, on l'apporte à Dubois.

A ce moment, on constate une tuméfaction abdominale remontant à 5 travers de doigts au-dessus du pubis ; elle est molle présentant des parties dures par places. Elle est mate. Au toucher le col est long ; l'utérus peu volumineux est refoulé vers le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse volumineuse, rénitente et molle, se continuant avec la masse abdominale. La température oscille entre 38 et 39 degrés. L'état général s'aggravant, on se décide à intervenir le 2 novembre, après avoir fait le diagnostic d'hématocèle due à la rupture d'une grossesse tubaire.

On incise le cul-de-sac postérieur. Il s'écoule une grande quantité de caillots. Par l'exploration, on trouve les annexes à gauche ; à droite elles sont perdues dans les caillots. L'hystéromètre introduit dans l'utérus entre très profondément. On se décide alors à faire l'hystérectomie vaginale. Il sort de la poche rétro-utérine un fœtus de 8 centimètres avec un cordon et son placenta. Cette poche est formée par la trompe dilatée. On enlève les annexes. On nettoie la cavité ; on met une mèche de gaze.

La guérison a été obtenue au bout de 5 semaines. On a donc eu affaire, dans ce cas, à une grossesse tubaire avec rupture de la poche fœtale. De plus, on a trouvé à l'union du corps et de

l'isthme de l'utérus une perforation ancienne dont l'origine n'a pu être déterminée.

La troisième observation est encore plus intéressante.

Il s'agit d'une femme de 30 ans. Réglée tardivement, elle a eu un accouchement à 28 ans. En janvier 1894, les règles ont apparu comme d'ordinaire. Elles n'ont pas apparu en février et n'ont pas reparu depuis. Elle a eu de plus d'autres signes de grossesse. En mars 1894 surviennent des vomissements bilieux et des coliques, et pendant 5 semaines les phénomènes péritonéaux persistent. Puis la malade s'amaigrit.

Le 4 juin elle entre à Cochin où l'on fait le diagnostic de grossesse. Elle ressort au bout de 1 mois ; alors, la santé continuant de s'altérer, elle rentre à Cochin chez M. Bouilly. Le ventre est ballonné, la malade très émaciée ressemble à une phtisique. Il existe une tumeur abdominale arrondie, remontant à l'ombilic, inclinée un peu à droite. La tumeur est formée de deux parties, de deux tumeurs séparées par un cordon vertical. La tumeur gauche est molle, fluctuante, lisse, on y constate la présence d'un fœtus ayant des mouvement actifs. A la partie inférieure de cette tumeur, on constate un souffle placentaire. La tumeur droite a une consistance dure, ligneuse donnant la sensation de l'utérus se contractant. Le toucher vaginal est douloureux ; le col est dur, ouvert et se continue avec la tumeur droite. Dans le cul-de-sac postérieur on sent la tête fœtale.

On fait le diagnostic suivant : à droite, utérus vide ; à gauche poche extra-utérine, la tête fœtale étant en bas dans le cul-de-sac de Douglas. Le fœtus est vivant.

On intervient 15 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. On fait une laparotomie médiane. On tombe sur le kyste fœtal ; la poche est mince. On incise le sac, en bas. Il s'écoule du liquide amniotique. Le fœtus est aussitôt saisi et enlevé rapidement après ligature et section du cordon. On essaye de décoller le sac ; mais cette opération donnant une forte hémorrhagie, on tamponne la poche.

Ensuite on ferme l'incision abdominale en haut, on suture le sac en bourse et on le fixe à la paroi ; on bourre la poche avec la gaze, et on applique un pansement.

Le jour de l'opération, la malade est très faible ; mais la réaction se fait le lendemain. Il se fait un peu de suintement séro-

hémorrhagique par la plaie. L'enfant a vécu pendant 4 mois dans une couveuse. On a refait, le cinquième jour, le pansement de la mère et lavé la poche. Le placenta se ratatine. Pendant 2 ou 3 jours, se montrent des signes de septicémie; mais le dix-huitième jour le placenta est sorti complètement et l'état général devient parfait. La malade sort de l'hôpital le 2 décembre.

En résumé, dans les cas de grossesse extra-utérine avec enfant viable, il faut intervenir avant le terme de la grossesse. L'opération de choix est la laparotomie médiane, cette voie étant la plus large. Il ne faut pas chercher à enlever le placenta à cause de l'hémorrhagie. Il faut fixer le sac à la paroi et laver abondamment la poche. Le placenta sortira morceau par morceau.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX.

Séance du 11 *juin* 1894.

DEUX OVARITES SUPPURÉES ; OVARIECTOMIE VAGINALE DANS LES DEUX CAS ; GUÉRISON.

M. Brindel présente deux ovaires avec deux extrémités de trompe adhérentes enlevées dans des circonstances identiques et de la même façon, à deux femmes, dont l'une est sur le point de quitter le service de M. Dubourg, où elle est en traitement depuis un mois et demi et dont l'autre, complètement guérie, a quitté l'hôpital depuis le 28 juin dernier.

L'ovariectomie a été pratiquée dans les deux cas par la voie vaginale.

Voici l'histoire de la première femme : bien réglée habituellement, trois enfants, deux faux fausses couches, une métrite consécutive et un curettage il y a un an, une poussée de pelvipéritonite du 8 au 20 juin 1894, tels sont les antécédents de Mme R..., qui a vingt-huit ans.

L'histoire de la seconde, âgée de vingt-deux ans, est à peu près la même : bien réglée habituellement, un enfant à terme il y a seize mois, une métrite consécutive à l'accouchement, une première poussée de pelvi-péritonite il y a onze mois, une deuxième poussée à son entrée à l'hôpital le 21 avril 1894.

Un examen minutieux, fait après la cessation des phénomènes

douloureux de la pelvi-péritonite, amène, chez l'une comme chez l'autre, la découverte d'une tumeur ovarienne droite dont la nature suppurée ne fait aucun doute.

La tumeur paraissant très accessible par la voie vaginale, M. Dubourg porte son bistouri de ce côté. Après avoir fait une incision empiétant à la fois sur le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur, le doigt est introduit dans la plaie et arrive, avec un peu de patience, sur la tumeur elle-même qui n'est pas en réalité aussi accessible qu'elle le paraissait. Néanmoins, cette tumeur est saisie à l'aide d'une pince érigne ; on cherche à l'énucléer : elle se déchire et il s'en écoule, dans le premier cas, du pus en assez grande quantité et, dans le second, un peu de pus, mais beaucoup de mucus gluant.

Dans les deux cas, la décortication est continuée; il ne reste plus qu'un pédicule ; on le lie, on le sectionne et on obtient les deux fragments de tumeur que je vous présente. Des mèches de gaze iodoformée, introduites après lavage, forment drainage et ne sont changées que le sixième ou le septième jour. Il n'y a pas eu le moindre accident post-opératoire. Quinze jours après, les malades sont sur pied et la cicatrisation de la plaie vaginale est à peu près parfaite. Il est permis de se demander si une laparotomie eût donné les mêmes résultats et si, dans un plus grand nombre de cas, la voie vaginale ne pourrait pas être mise à profit.

Séance du 30 juillet 1894.

EPITHÉLIOMA DENDRITIQUE DU SEIN GAUCHE; ENVAHISSEMENT DES GANGLIONS AXILLAIRES ; AMPUTATION DU SEIN ; CURAGE DE L'AISSELLE ; GUÉRISON.

M. Ch. FAGUET. Le 4 octobre 1893, j'assistai mon maître, M. le professeur Lannelongue, pour une amputation du sein nécessitée par un néoplasme cliniquement de nature maligne. L'étude macroscopique de la tumeur aussitôt après son ablation et l'examen histologique, fait quelques jours plus tard, me montrèrent qu'il s'agissait d'une variété d'épithélioma décrit par M. le professeur Cornil sous le nom d'épithélioma dendritique.

Voici l'observation de cette malade :

Mme P... (C.), âgée de soixante-huit ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. Père et mère décédés; le premier à cinquante-cinq ans, des suites d'une congestion cérébrale; sa sœur et ses trois autres frères, respectivement âgés de soixante-seize, soixante-douze, soixante-cinq et soixante-un ans, sont en bonne santé. Jamais, à sa connaissance, aucun des membres de sa famille n'a eu de tumeurs malignes ou bénignes.

Antécédents personnels. Mme P... (C.) n'a eu dans son enfance ou son adolescence aucune affection grave; à signaler seulement une laryngite qui, après avoir duré un certain temps, s'est terminée par une guérison définitive.

Deux grossesses normales; accouchements et suites de couches physiologiques; la première à quarante-cinq ans, la seconde quelques années plus tard. Mme P... (C.) voulut nourrir son premier enfant, mais dut, vers le septième mois, suspendre l'allaitement à cause d'abcès multiples du sein gauche. La suppuration produite par ses abcès dura environ deux mois.

Le second enfant ne fut pas allaité par sa mère. En février 1892, la malade éprouva des douleurs dans le sein gauche, et bientôt après s'aperçut de l'existence dans cet organe d'une petite tumeur, du volume d'un gros pois, située sous l'aréole; la peau avait conservé son aspect normal et paraissait indépendante de la tumeur sous-jacente. Six mois après, le néoplasme avait acquis le volume d'une noisette. En janvier 1893, Mme P... (C.) consulta un médecin, qui constata que la tumeur observée par sa cliente avait à peu près conservé les caractères indiqués ci-dessus, et s'aperçut qu'il existait une autre petite tumeur ayant les mêmes caractères que la première et située également sous l'aréole, près du mamelon; en juin 1893 apparut une troisième tumeur analogue aux deux premières.

Le 23 septembre 1893, il s'est produit pour la première fois une hémorrhagie assez abondante par le mamelon et on a noté, à ce moment, une diminution assez sensible de l'une des trois tumeurs. Indépendamment de cette hémorrhagie constituée par du sang à peu près pur et qui s'est reproduite plusieurs fois, on a remarqué qu'il se faisait très souvent un écoulement roussâtre par le mamelon.

C'est ce symptôme et l'augmentation de volume des trois noyaux néoplasiques qui ont décidé Mme P... (C.) à accepter une inter-

vention chirurgicale, qui lui avait déjà été proposée depuis le mois de janvier 1893.

Etat actuel (4 octobre 1893). A l'inspection, le sein gauche est augmenté de volume et on voit assez nettement deux saillies anormales dans la zone mamelonnaire ; la peau a conservé ses caractères normaux, sauf en un point où elle présente une teinte légèrement brunâtre ; pas de développement exagéré du système veineux ; le mamelon n'est pas rétracté.

La palpation montre qu'aux bosselures qui déforment la configuration normale du sein, correspondent trois tumeurs accolées les unes aux autres, siégeant sous le mamelon et l'aréole d'un volume variant d'une petite noisette à celui d'une grosse noix, de forme régulièrement arrondie, de consistance élastique pour les deux plus petites et nettement fluctuante pour la plus grande. Les tumeurs sont indépendantes de la peau, mais semblent avoir des connexions intimes avec la glande mammaire au centre de laquelle elles se perdent et plus particulièrement avec les conduits galactophores. Pas d'adhérences avec le grand pectoral ou son aponévrose. A la limite assez nettement appréciable de ces trois tumeurs, on trouve les saillies normales des lobules de la glande mammaire.

La pression sur ces diverses tumeurs produit un écoulement de sérosité roussâtre par le mamelon.

Les ganglions axillaires sont augmentés de volume, durs et mobiles.

L'examen du sein droit et des autres organes est négatif. L'état général est excellent.

Le 4 octobre 1893, M. le professeur Lanelongue procède à l'amputation totale du sein suivie immédiatement du curage de l'aisselle et de l'ablation des vaisseaux lymphatiques qui vont de la glande mammaire aux ganglions de l'aisselle.

Suites opératoires excellentes.

Examen de la tumeur à l'état frais : Sur une coupe antéro-postérieure passant par le mamelon, on constate macroscopiquement que la tumeur est constituée par des parties solides et des parties liquides. Cette section rencontre trois cavités kystiques situées au centre de la glande, sous le mamelon, d'inégal volume ; l'une est de la grosseur d'un œuf de poule ; les deux autres varient entre le volume d'une noisette et celui d'une petite noix. Ces kys-

tes sont remplis d'un liquide sanguinolent, rappelant par ses caractères physiques celui qui s'écoule par le mamelon.

Ces cavités kystiques sont situées sur le trajet des conduits galactophores et on peut affirmer, au moins pour l'une d'elles (la plus volumineuse), qu'elle se vide à l'extérieur par l'un de ces conduits.

Dans leur intérieur, ces kystes renferment des végétations de volume variable, à surface très irrégulière, et constituées par une série de végétations secondaires très fines. Pour bien voir ces dernières, il est nécessaire de mettre la pièce dans l'eau et de l'examiner à la loupe. Les végétations s'insèrent sur la paroi kystique par un pédicule presque toujours appréciable, mais plus ou moins volumineux; quelques-unes sont sessiles.

La paroi kystique, dans les points où n'existent pas ces végétations, est blanc rosé, à l'aspect fibreux et mesure environ de deux à trois millimètres d'épaisseur.

Examen microscopique. Des fragments de végétations avec leur insertion sont fixés par l'alcool, colorés en masse dans le picrocarmin de Ranvier, passés par le chloroforme et inclus dans la paraffine à 55°. Les coupes sont faites au microtome de Viallanes (d'Arcachon).

L'examen histologique des coupes permet de voir que ces végétations présentent l'aspect de véritables arborisations très fines et sont constituées par du tissu conjonctif lâche, revêtu d'un épithélium à cellules cylindriques ; de loin en loin, quelques cellules épithéliales sont en dégénérescence muqueuse. Vaisseaux nombreux et remplis de globules rouges.

Les parois sont formées de tissu conjonctif lamelleux, revêtues sur leur face interne d'un épithélium cylindrique.

Dans les ganglions axillaires, examinés d'après les mêmes procédés, il a été possible de constater une infiltration néoplasique de même nature.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une variété de tumeur du sein, décrite sous le nom d'épithélioma endo-canaliculaire papillaire ou épithélioma dendritique, ainsi que l'appelle M. Cornil. C'est encore cette même forme qui a été étudiée sous le nom de kyste par rétention dû à une végétation papillaire endo-canaliculaire par MM. Labbé et Coyne, ou de cancer villeux des conduits galactophores par les auteurs anglais Battle, Ant. Bowloy, Nunn,

B. Pitts, Robinson, Williams, etc. Ajoutons enfin que, tout récemment, MM. Monod et Jayle ont consacré à cette lésion un chapitre dans leur ouvrage sur le cancer du sein, et que notre excellent camarade et ami Labrudie a fait, dans sa thèse de doctorat, une bonne revue générale sur ce sujet.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Séance du 17 *Octobre* 1894.

TRAITEMENT PAR LA VOIE VAGINALE DES HÉMATOCÈLES ET DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES AVEC RUPTURE DU KYSTE TUBAIRE.

M. Condamin lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° La grossesse extra-utérine est la cause de presque toutes les hématocèles.

2° La rupture d'un kyste fœtal tubaire est loin de s'accompagner de phénomènes cataclysmiques et d'hémorrhagies foudroyantes, comme le veulent les classiques ; nombre d'entre elles passent inaperçues, d'autres donnent lieu à des hématocèles de petits volumes, quelques-unes donnent naissance à des épanchements plus considérables.

3° Les hémorrhagies consécutives à des ruptures tubaires survenues dans les premiers mois s'arrêtent spontanément.

4° L'intervention opératoire est contre-indiquée pendant la période cataclysmique, à moins qu'il ne s'agisse de rupture après grossesse extra-utérine datant de plus de 4 mois, ce qui est exceptionnel.

5° Il faut attendre que le foyer sanguin se soit bien enkysté et que l'état général de la malade forcément très anémiée se soit remonté.

6° L'intervention de choix est la ponction et le débridement vaginal avec ou sans ablation des annexes malades.

7° La voie abdominale doit être rejetée dans la généralité des cas, comme plus grave, moins efficace, entraînant un traitement prolongé avec menaces multiples pour le présent et l'avenir.

(*Gaz. des hôp. de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN.

Séance du 8 *octobre* 1894.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE ; INCISION LARGE DU CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR.

M. Valentin. L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société a trait à une hématocèle rétro-utérine que j'ai traitée et guérie par l'incision large du cul-de-sac postérieur. C'est un succès de plus à enregistrer à l'actif de l'opération dite de Laroyenne. Cette observation concerne une dame L...., âgée de 35 ans, dont voici l'histoire résumée. Réglée à 14 ans. Assez bien réglée, durant deux à trois jours seulement. Mariée à 21 ans. Pas de fausses couches. Un seul accouchement — qui fut normal — il y a 13 ans. Elle ne se rappelle pas au juste à quelle époque elle a commencé à souffrir dans le ventre. Elle avait toujours eu le ventre douloureux, au moment des époques surtout.

Le mois de février de cette année, elle subit un retard de 15 jours ; un moment elle se crut enceinte. Mais cette illusion fut vite dissipée, car le quinzième jour les règles survinrent, très abondantes cette fois, durant 7 à 8 jours, et furent très douloureuses. Cinq jours après la cessation des règles, Mme L... se trouva « mal » à l'atelier où elle travaille.

Elle éprouva subitement dans le ventre une douleur très aiguë, accompagnée de vertiges, d'étourdissements et de sueurs froides. Cet état se prolongea une heure. On dut la ramener chez elle. A partir de ce moment, elle s'alita.

Deux jours avant cet accident, la malade était allée à Elbeuf et s'était beaucoup fatiguée. Elle eut ce jour-là et le lendemain des douleurs expulsives, des douleurs « comme pour accoucher », dit-elle. Elle ne voulut pas se reposer, malgré l'insistance de son entourage et retourna à l'atelier, comme d'habitude, le jour où l'accident lui est arrivé.

A l'examen, je constate l'existence d'une métrite catarrhale chronique et la présence dans le Douglas d'une masse globuleuse remontant assez haut dans le petit bassin. L'utérus était antéversé et un peu incliné sur le côté droit. Ce côté surtout était très douloureux Les culs-de-sac latéraux étaient libres. La malade accusait une sensation de pesanteur pénible dans le rectum et ne pouvait aller à la garde-robe. Elle se plaignait de vives douleurs dans le ventre, douleurs survenant parfois par crises très aiguës, au point que je

dus plus d'une fois recourir à des injections de morphine. La face était grippée et il y avait des vomissements alimentaires.

J'instituai, mais sans succès, un traitement purement médical, dans lequel les opiacés entrèrent pour une large part. Au bout d'un mois, la malade continuait de souffrir de plus belle. Je lui proposai alors une intervention qui fut acceptée. J'eus recours, en la circonstance, au débridement du cul-de-sac postérieur. Cette opération fut faite le 9 avril dernier, sous le chloroforme. Je n'employai pas l'instrumentation de Laroyenne, qui est considérée comme aveugle. Je préférai inciser au bistouri, couche par couche, faisant l'hémostase au fur et à mesure. L'hémorrhagie fut, du reste, insignifiante. Je pratiquai donc une large boutonnière dans le cul-de-sac postérieur et arrivai sur une poche du volume d'une grosse mandarine et de consistance pâteuse. La tumeur incisée, il s'écoula un sang noir et visqueux. Je reconnus que j'avais affaire à une hématocèle que j'avais seulement soupçonnée. La poche fut vidée des caillots qu'elle contenait, soigneusement lavée et aseptisée. J'y introduisis quelques mèches de gaze iodoformée et plaçai un gros drain en croix dans la boutonnière vaginale. La vagin fut bourré de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples. A aucun moment, il n'y eut de la fièvre. Le 12e jour j'enlevai le drain et, le 16e jour après l'opération, la malade commençait à se lever. Quelques jours après (2 mai), la plaie vaginale se fermait complètement. Depuis, Mme L... a repris ses occupations. Les douleurs ont complètement disparu. La malade, que j'ai revue dernièrement, se porte très bien et prend de l'embonpoint.

Je dirai, pour conclure, que l'opération de Laroyenne me paraît être le traitement de choix des collections péri-utérines, d'origine inflammatoire ou hématique, quand ces collections font une saillie franche dans le cul-de-sac de Douglas.

Cette opération, outre sa simplicité, présente l'inappréciable avantage de respecter l'intégrité des organes de la génération. En cas d'échec ou de récidive, on aura toujours la ressource de la laparotomie, ou même de l'hystérectomie vaginale.

(D'après la *Normandie Médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES CHEZ UNE FEMME ENCEINTE DE HUIT MOIS. — PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT. — GUÉRISON.

MM. Chambrelent et Oui. Le 1er août 1894, on amenait à la Clinique obstétricale une jeune primipare enceinte de huit mois, dans un état dyspnéique des plus intenses. Pas de début de travail, toutefois, M. Oui jugea opportun de hâter l'accouchement. Le col utérin admettait deux doigts. Il plaça un petit ballon de Champetier-de-Ribes qui dilata le col et permit l'introduction d'un ballon plus volumineux.

Comme le raconte cette femme, sa grossesse, qui avait débuté en décembre, fut normale jusqu'en avril, époque à laquelle elle ressentit pour la première fois de l'essoufflement et des palpitations de cœur. Elle s'aperçut en même temps d'un léger œdème palpébral. Le 31 juillet, elle fut subitement réveillée pendant la nuit par une crise de dyspnée des plus intenses, elle se leva en proie à la suffocation et, dans une série d'accès de toux, elle expectora une assez grande quantité de sang vermeil. Cette crise se renouvela peu d'instants après, plus terrible encore et détermina son transfert à l'hôpital.

A notre arrivée à la Clinique, le 1er août, à neuf heures du matin, nous trouvons la malade dans l'état suivant : La face est pâle, les lèvres légèrement violacées. Elle est en proie à une dyspnée intense et répond aux questions qu'on lui pose avec une certaine difficulté. L'utérus remonte à environ cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il existe un œdème sus-pubien intense, ainsi que de l'œdème des grandes lèvres et des membres inférieurs. Les paupières sont légèrement bouffies. Les parois thoraciques sont violemment soulevées par les battements du cœur ; la palpation permet de constater un frémissement très net en ce point. A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, irréguliers, rapides, mais on ne peut percevoir de bruits de souffle. Du côté des poumons, on entend des râles sous-crépitants dans toute l'étendue de la poitrine. Ces râles rendent très difficile l'examen du cœur. Peu d'urine dans la vessie ; 3 gr. 50 d'albumine par litre.

Ces symptômes attirent surtout notre attention et nous pensons avoir affaire à un cas d'urémie de forme dyspnéique. La dyspnée rend impossible la recherche des bruits du cœur du fœtus.

Par le toucher vaginal, nous constatons que le ballon Champetier-de-Ribes, introduit dans la matinée, est encore contenu dans l'utérus ; il a amené une dilatation égale à l'étendue d'une pièce de cinq francs. La poche des eaux est intacte. Les contractions utérines sont peu énergiques. La malade est mise au régime lacté. On ordonne de plus une potion à l'acétate d'ammoniaque et des inhalations d'oxygène.

Je la revois à quatre heures du soir. La dyspnée est toujours très intense. Les lèvres sont violacées. Les contractions utérines paraissent plus énergiques et plus fréquentes que dans la matinée. En pratiquant le toucher vaginal, on constate que le ballon Champetier-de-Ribes est tombé dans le vagin. La dilatation du col est palmaire, la poche des eaux encore intacte.

L'auscultation, très gênée par l'état dyspnéique de la malade, ne permet pas d'entendre les battements du cœur fœtal.

La poche des eaux est artificiellement rompue, il s'écoule une certaine quantité de liquide rougeâtre, qui nous fait penser à une macération du fœtus. Les douleurs se réveillent bientôt et en quelques minutes la dilatation se complète. Nous nous mettons en devoir de faire une application de forceps, mais tandis que nous préparons l'instrument la malade accouche spontanément.

A notre grand étonnement, l'enfant est vivant ; mais il est violacé, le cordon est très œdématié et présente une coloration rosée, analogue à celle du liquide amniotique qui s'est écoulé lors de la rupture de la poche des eaux. L'enfant n'a, d'ailleurs, vécu que quelques heures.

La délivrance se fait régulièrement. Le placenta présente quelques noyaux hémorrhagiques récents et un noyaux hémorrhagique ancien. Perte de sang consécutive assez abondante. Le sang est d'une couleur très foncée.

L'accouchement est immédiatement suivi d'une légère amélioration dans l'état dyspnéique de la malade qui se plaint toujours d'une douleur angoissante au niveau du creux épigastrique.

Dans la nuit, nouvelle crise de dyspnée très intense. Urination peu abondante.

Régime lacté, 100 grammes de lactose par jour. Amélioration. Dyspnée moins intense, râles moins abondants. L'urination a augmenté ; mais, le 5 août, la dyspnée reprend, la température est à 38°. L'état paraît plus grave. Saignée de 150 grammes. Aussitôt après, amélioration très sensible. L'oppression diminue, le pouls se relève.

Il est injecté à une série de lapins du sérum sanguin provenant de

la saignée, et ces expériences montrent que la toxicité du sang est peu considérable, puisque ces lapins ont pu résister à l'injection de six et neuf centimètres cubes de sérum.

Le lendemain, à l'auscultation du cœur, on trouve nettement les signes d'un rétrécissement mitral. Cette lésion persistait encore quand la malade, tout à fait rétablie, quitta la Clinique et c'est elle qui nous semble être la cause des accidents gravido-cardiaques si graves qu'elle a présentés.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de la difficulté que présente souvent le diagnostic des lésions cardiaques chez les femmes enceintes en proie à un accès d'asystolie. On peut se croire en présence de troubles dyspnéiques d'origine urémique. Nous pensons que l'étude de la toxicité du sang peut être fort utile dans des cas semblables ; en effet, cette toxicité ne dépasse guère la normale dans les cas d'accidents gravido-cardiaques, tandis qu'elle est très augmentée dans les cas de dyspnée par auto-intoxication gravidique.

M. A. Moussous. Cette communication est très intéressante au point de vue de l'étude des accidents gravido-cardiaques. Cette malade n'avait, nous dit M. Chambrelent, éprouvé aucun trouble avant sa grossesse. Le rétrécissement mitral, en effet, peut rester longtemps inoffensif et inaperçu ; mais la grossesse et l'accouchement peuvent l'aggraver au plus haut point. C'est lui qu'il faut toujours rechercher dans les cas d'accidents gravido-cardiaques.

RECHERCHES SUR LE PUS DES SALPINGITES,

Par le Docteur Boinet, agrégé, Médecin des Hôpitaux, Professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Dans une série de recherches bactériologiques et expérimentales que nous avons faites sur le pus des salpingites, nous avons observé quelques particularités, qui offrent un certain intérêt pratique.

Ainsi, le pus d'une salpingite, recueilli sur lamelles avec toutes les précautions voulues, présentait à l'examen direct des streptocoques ; son injection, à la dose de quelques centimètres cubes, dans la cavité péritonéale de cobayes, lapins et rats, n'entraîne aucun accident. Les cultures caractéristiques du streptocoque se développaient, dès le second jour de l'ensemencement, dans des tubes d'agar, de gélatine et de bouillon, et elles acquéraient, à ce moment, une telle virulence

que leur inoculation dans le péritoine des animaux déterminait une péritonite suraiguë, très rapidement mortelle. A l'autopsie des animaux, un liquide séreux, jaunâtre, louche, s'écoulait, en assez grande quantité, de la cavité péritonéale ; il contenait des quantités de streptocoques. Le péritoine rouge, vascularisé, était recouvert, par places, de fausses membranes purulentes. Cette augmentation si rapide de la virulence de ces streptocoques est bien établie par le fait suivant : un des cobayes, qui avait si rapidement succombé à l'injection de ces cultures, avait reçu quinze jours avant, dans sa cavité péritonéale, deux centimètres cubes de pus provenant d'une autre salpingite suppurée. Cette première inoculation était restée sans effet. On peut donc conclure que si du pus de salpingite, contenant des streptocoques, peut être inoculé directement et sans accident dans le péritoine des animaux, les mêmes microbes peuvent acquérir, en quelques heures, une grande virulence, lorsqu'ils rencontrent des conditions favorables de développement. A ce point de vue, les épanchements séro-sanguinolents opératoires peuvent être comparés et assimilés parfois à de véritables bouillons de culture. En pareil cas, il est prudent de pratiquer le drainage, qui diminue ou fait disparaître cet épanchement séro-sanguin, susceptible de favoriser la pullulation et l'augmentation de virulence de certains microbes pathogènes.

On constate, au contraire, dans certaines vieilles salpingites, une diminution de la virulence de leur contenu ; et du pus morphologiquement chargé de microbes infectieux s'est montré pratiquement stérile. Nous citerons comme exemple le pus d'une salpingite ancienne qui, examiné directement sur lamelles, contenait des cocci en chaînettes. Les ensemencements sur agar, bouillon, gélatine sont restés stériles, et les inoculations de ce pus dans le péritoine des animaux n'ont produit aucun accident.

Nous ferons remarquer que ces dernières données sont applicables à *certains* abcès du foie dont le pus, ensemencé dans divers milieux de culture, reste constamment stérile.

(*Gaz. de Gyn.*)

FISTULE VÉSICO-VAGINALE ET UTÉRO-RECTALE ; HÉMATOMÉTRIE.

M. Rimsch présente à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg une malade âgée de vingt-six ans, particulièrement intéressante à plusieurs points de vue ;

Cette femme a accouché (pour la première fois) il y a cinq ans ; le travail était très laborieux et a duré cinq jours ; la malade a accouché enfin d'un fœtus mort. Il n'y avait pas de lochies. Depuis cet accouchement, la malade fut obligée de garder le lit pendant deux ans, à cause de la fièvre, de l'état général très mauvais, amaigrissement considérable et impossibilité de se tenir debout ni assise ; les règles ne sont pas revenues. A l'hypogastre existait une tumeur qui augmentait de volume de plus en plus, occasionnait des douleurs lombaires et abdominales.

A la suite d'une douleur vive, ressentie brusquement un jour au niveau de la tumeur, la malade a perdu par le rectum une grande quantité de sang. La tumeur disparut et la femme entra en convalescence. Depuis cette époque les règles sont revenues, mais irrégulières et douloureuses ; la tumeur abdominale réapparaissait souvent et disparaissait après évacuation de sang par le rectum. Depuis deux mois et demi, la malade n'a pas été réglée.

A l'examen, on trouve que le périnée est intact, mais que tout l'urèthre, sauf une petite portion de 1 centimètre environ, et le col de la vessie sont complètement détruits. La vessie est inversée et proémine par sa muqueuse dans le vagin, à la paroi postérieure duquel elle est adhérente ; le vagin se trouve ainsi transformé en un cul-de-sac, se continuant en haut avec la cavité vaginale. Pas de culs-de-sac normaux ; on ne sent pas le col de l'utérus. Par le toucher rectal et le spéculum ani on trouve un orifice qui fait communiquer le rectum avec l'utérus. Une sonde utérine, introduite par le rectum dans la cavité de l'utérus, détruit les adhérences vésico-vaginales ; la cavité utérine mesurait 15 centimètres. A la palpation l'utérus remonte au-dessus du pubis, est dur et peu mobile ; M. Rimsch a fait le diagnostic d'hématométrie. Les adhérences détruites, du sang noir s'est écoulé par le rectum et l'utérus a repris ses dimensions normales. (*Wratsch*, n° 2, 1894.)

INSUFFISANCE CARDIAQUE, MORT SUBITE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

M. Solowieff rapporte à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou l'observation d'une malade atteinte d'une affection cardiaque ancienne, enceinte de sept mois (quatrième grossesse) et entrée à l'hôpital avec tous les signes d'asystolie. Tous les stimulants n'ayant produit aucun effet, on se décide à hâter le travail par la dilatation

forcée du col, mais lorsque le col était déjà complètement dilaté, il y eut un arrêt brusque du cœur. On fit alors la version podalique, et on extrait le fœtus mort ; les stimulants les plus énergiques n'ont pu ramener la parturiente à la vie. Le rapporteur en conclut que chez les cardiaques il est nécessaire de provoquer l'avortement de bonne heure si l'on veut éviter des accidents gravido-cardiaques. (*Wratsch*, n° 2, 1894.)

LAPAROTOMIE POUR RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE.

M. Tschopp publie deux cas de grossesse tubaire rompue, une de deux mois, l'autre de quatre semaines. Les malades présentaient tous les signes d'hémorrhagie interne, avec phénomènes abdominaux graves. On fit la laparotomie après injection de sérum.

Dans les deux cas, le petit bassin était rempli de sang liquide et en caillots ; chez la première de ces malades le fœtus se trouvait au milieu des caillots ; la trompe gauche, où il s'était développé, était rompue. Chez la deuxième malade, c'est la trompe droite qui était le siège de l'hémorrhagie. Après avoir enlevé le sang en partie (pour aller plus vite, étant donné l'état très grave des malades), on fit l'ablation des annexes, après ligature et cautérisation. Les deux malades ont guéri. (*Gaz. hebd. méd. de la Russ. mérid.*, n° 1, 1894.)

SYMPHYSÉOTOMIE EXPÉRIMENTALE.

A la même séance, M. Stroganoff montre des lapins symphyséotomisés, auxquels il a fait l'ostéoplastie interpubienne avec des fragments de côtes enlevés aux mêmes animaux. La réunion est complète dans tous les cas opérés.

CORRESPONDANCE

LA QUESTION DES MALADES PAYANTS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — M. Dubois a demandé au conseil municipal qu'on relève le prix de séjour dans les établissements hospitaliers.

L'administration a été invitée à fournir un état constatant le nombre des malades payants traités dans chaque hôpital depuis le 1er janvier jusqu'au 1er novembre 1894, ainsi que le nombre des journées de maladies.

Cet état devra être dressé d'une façon spéciale pour les services de médecine, de chirurgie et d'accouchements. Le conseil réclame aussi les prévisions de recettes dans le service des enfants débiles de la Maternité.

Une autre proposition tendant à instituer une commission spéciale dans chaque hôpital, en vue d'établir une taxe pour les opérations chirurgicales, a été renvoyée à la commission d'Assistance publique.

A ce sujet, nous recevons la lettre suivante qui mérite d'être publiée ; elle prouve, une fois de plus, que l'Assistance publique est trop souvent exploitée par des personnes riches, que l'on reçoit sans contrôle et qu'on opère gratuitement dans les hôpitaux, alors que l'on ne devrait y admettre que des indigents.

Paris, le 22 janvier 1895.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous adresser les quelques réflexions suivantes qui m'ont été suggérées par un fait récent et tout d'actualité.

Une dame, propriétaire et rentière, habitant la province, vint à Paris ces jours-ci et me fit appeler afin d'avoir mon avis dans un cas de cancer du sein. Cette dame ignorait complètement la gravité de sont état, bien que la mamelle fût largement ulcérée, et que les hémorrhagies qui en étaient la conséquence se répétassent fréquemment au point de cachectiser la malade d'une façon très inquiétante. Je lui conseillai immédiatement de l'accompagner près d'un chirurgien ; la proposition fut acceptée, et l'opération, après un examen de ce dernier, jugée nécessaire dans le plus bref délai.

Tout fut convenu sur-le-champ ; mais, le lendemain la malade se ravisa et me donna avis qu'elle entrait dans un service d'hôpital, ne voulant pas, disait-elle, « emprunter sur ses *propriétés*, ni grever son avenir pour une opération qui serait également bien faite dans le service d'un opérateur connu ».

Ceci se passerait de commentaire si le fait ne se reproduisait assez fréquemment. Je suis surprise, en effet, de voir avec quelle facilité aujourd'hui certaines personnes dans une situation aisée entrent à l'hôpital. Autrefois, les choses n'en allaient pas ainsi ; l'hôpital était exclusivement réservé aux pauvres, qui mettaient même une certaine répugnance à y entrer. De nos jours encore certains petits bourgeois font quelquefois des sacrifices relativement à leur situation modeste, pour être soignés chez eux, et en revanche on voit des gens, comme

cette rentière que je citais plus haut, entrer sans le moindre scrupule dans un service hospitalier et prendre ainsi la place du vrai pauvre.

N'y aurait-il pas un remède à apporter à cet état de choses ? L'administration de l'Assistance publique n'aurait-elle pas le droit, et même le devoir, de s'informer de la situation des gens qui viennent ainsi se faire soigner pour rien, quand ils pourraient parfaitement honorer le maître trop confiant qui les opère sans contrôle ? Ne pourrait-on exiger, sinon un certificat d'indigence, du moins une attestation du maire de l'endroit où ils demeurent, constatant qu'ils ne peuvent se faire opérer chez eux ?

Cette mesure serait de toute justice, et au plus grand profit des pauvres, qui sont quelquefois obligés d'attendre leur tour d'entrée pendant plusieurs jours, alors que d'autres plus fortunés prennent leur place sans la moindre vergogne.

Veuillez agréer, etc.

P. Durand-Laboire,
Sage-femme de 1re classe.

BIBLIOGRAPHIE

I. — **De la bave infantile et du ronflement,** par le Dr L. Couëtoux (S. Steinheil).

II. — **Des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus pendant le cours de la grossesse, trois obervations,** par H. Delagénière (Le Mans). (*Archives provinciales de chirurgie.*)

III. — **Pathogénie et traitement de la cystocèle inguinale, une observation,** par H. Delagénière (Le Mans). (*Archives provinciales de chirurgie.*)

IV. — **De la valeur clinique du chimisme stomacal,** par le Pr G. Hayem. Paris, Masson, 1895. (*Extrait de la Revue des sciences médicales.*)

Ce travail est en grande partie la reproduction du rapport que le Pr Hayem a présenté au premier Congrès de médecine interne, tenu récemment à Lyon. C'est le résumé succinct et très condensé des recherches si remarquables que l'auteur poursuit depuis plusieurs années sur les gastropathies. En terminant, M. Hayem rappelle les objections qui lui ont été faites au Congrès et finit sur cette conclusion : « Il est regrettable que la première discussion qui se soit engagée entre médecins de langue française sur une question d'une si grande portée pratique, ait été un peu confuse et dépourvue d'intérêt scientifique. Mais on devait s'y attendre. C'est beaucoup qu'elle ait figuré au programme et attiré à un si haut degré l'attention du corps médical. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

14. — **Du phénosalyl comme agent antiseptique en obstétrique et en gynécologie**, par le Dr Fraipont, chargé de cours à l'Université de Liége.—Dans un travail paru l'an dernier dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, M. le Dr de Christmas, s'appuyant sur les idées émises précédemment, par Bouchard et Laplace entre autres, et relatives à la possibilité d'augmenter la force microbicide des antiseptiques en les mélangeant entre eux, a fait connaître un produit auquel il donne le nom de *Phénosalyl*, et qui est composé d'acide phénique, d'acide salicylique et d'acide lactique.

Des expériences qu'il a entreprises avec ce produit, se dégage à nouveau le fait déjà constaté de l'augmentation de la puissance microbicide du nouveau corps par rapport à celle de chacune des substances employée isolément.

M. de Christmas a choisi, pour faire ses recherches, le staphylocoque jaune de la suppuration, parce qu'il est de beaucoup le plus résistant et il a employé la méthode d'Yersin, qui consiste à mélanger une faible quantité d'une culture en bouillon du microbe en question avec une grande quantité de la solution antiseptique, puis, après un séjour plus ou moins prolongé, à diluer quelques gouttes de ce mélange avec une certaine quantité d'eau stérilisée ou de bouillon et à ensemencer dans du bouillon.

La formule du mélange qui lui a paru le meilleur sous le rapport de sa solubilité et de son pouvoir antiseptique est la suivante :

Acide phénique......................	9 grammes.
Acide salicylique......................	1 —
Acide lactique......................	2 —
Menthol......................	0.10 ctgr.

On chauffe les trois acides jusqu'à liquéfaction. Le produit est très soluble dans la glycérine. Il se dissout facilement dans l'eau jusqu'à la proportion de 4 °/₀.

Le *Phénosalyl*, comme microbicide, arrive immédiatement après

le sublimé. La force antiseptique est plus de trois fois plus grande que celle de l'acide phénique ; elle est le double de celle du lysol, et plus du double de celle de la créoline.

Quant à la toxicité du produit, M. le Dr Cornil, en analysant la brochure du Dr de Christmas, à la séance du 20 décembre dernier de l'Académie de médecine de Paris, rapportait des expériences entreprises par Tarnier et Vignal, au moyen d'une injection intra-veineuse d'une solution à 1 p. % dans l'oreille du lapin. Ces expériences ont montré qu'on ne peut pas dépasser chez le lapin une dose de 4 ctgr. d'acide phénique par kilog. d'animal sans accidents et qu'une dose de 6 ctgr. provoque des accidents souvent mortels. Le phénosalyl est supporté jusqu'à la dose de 10 ctgr. par kilog. sans aucun accident et même une dose de 20 ctgr. n'occasionne que des accidents passagers, desquels le lapin se remet très vite. Or 10 ctg. de phénosalyl contiennent 7 ctgr. 5 d'acide phénique et 20 ctgr. le double. Le mélange des différents acides a, par conséquent, diminué considérablement la toxicité du phénol.

Le travail du Dr de Christmas m'ayant été communiqué par M. le Dr Malvoz, assistant à l'Université, au mois d'août dernier, je me décidai à essayer le nouveau produit dans mon service d'accouchements à la Maternité et dans mon service de gynécologie à l'Hôpital de Bavière. A quelques jours de là, M. le Dr de Christmas voulut bien me communiquer la formule définitive de la *solution dite normale de Phénosalyl* qui diffère légèrement de la formule que j'ai donnée précédemment et dont il m'a fait demander de ne pas dévoiler le modus faciendi, voulant, comme c'est son droit, se réserver le monopole de la fabrication.

Cette solution normale de phénosalyl est un liquide sirupeux, incolore, pourvu qu'on emploie du phénol cristallisé pur, d'une odeur aromatique pas désagréable du tout, très facilement soluble dans l'eau. En ajoutant 30 gr. de cette solution à un litre d'eau, on forme un liquide qui renferme 7 gr. 50 de phénosalyl pur, quantité suffisante d'après les expériences du Dr de Chrismas pour tuer les staphylocoques jaunes de la suppuration. En doublant la dose on constitue une solution forte qui doit être réservée pour les cas où une antisepsie énergique est nécessaire.

En accouchement, j'ai employé constamment, depuis le mois d'août dernier, le liquide faible, contenant 30 gr. de solution normale de phénosalyl ponr 1000, pour le lavage des mains, les injections vagi-

nales, les lavages vulvaires, pour y plonger les instruments avant toute intervention. Ceux-ci ont été évidemment placés au préalable dans l'étuve à désinfection. Je n'ai eu recours au liquide fort que dans quelques cas spéciaux ou quand un début d'infection m'a obligé à faire une antisepsie plus énergique.

Depuis le moment où j'ai employé le phénosalyl jusque maintenant, il y a eu dans mon service 68 accouchements. Je dois défalquer 2 cas relatifs, l'un à une femme morte le lendemain de son arrivée, à la suite d'accès éclamptiques qui avaient nécessité son transfert à la Maternité, l'autre concernant une femme atteinte de vomissements incoercibles de la grossesse depuis plusieurs semaines, ayant des températures de 39° depuis le début de ces vomissements et qui a succombé aux conséquences de l'inanition 3 jours après la provocation de l'avortement. Restent donc 66 accouchements dont 61 sans la moindre élévation de température pendant toute la période puerpérale. Ces 61 accouchements ont donné lieu à trois applications de forceps dont une au-dessus du détroit supérieur dans un cas d'éclampsie ;

Une version podalique ;

Une embryotomie très grave et très laborieuse chez une femme dont le bassin mesurait entre 5 et 5 1/2 centimètres ;

Quatre délivrances artificielles ;

Plusieurs expulsions de fœtus macérés.

Cinq accouchements ont été suivis d'un commencement d'infection. Deux femmes chez lesquelles j'ai dû pratiquer la perforation de la voûte du crâne du fœtus avaient déjà subi des tentatives d'application de forceps en ville ; chez l'une il y avait même déjà une déchirure incomplète du périnée produite par le fait que l'instrument avait dérapé. Chez toutes deux la fièvre a débuté le lendemain même de leur admission, déjà le matin, et on peut sans doute se demander si l'infection n'existait pas au moment de l'admission.

Chez les trois autres, dont les accouchements avaient été spontanés et n'avaient nécessité par conséquent aucune intervention obstétricale, la fièvre n'a commencé que le 3e ou le 4e jour après l'accouchement et chez celles-ci l'infection a bien débuté dans l'établissement.

Cependant aucune de ces cinq femmes n'a eu d'autre manifestation d'infection puerpérale que des plaques grisâtres, diphtéritiques, peu profondes, localisées à la commissure antérieure du périnée ou à la face interne des grandes et des petites lèvres. Le vagin et surtout la matrice n'ont pas une seule fois été envahis. Malgré des températu-

res de 38°5 à 39°5, l'état général ne paraissait pas mauvais, le facies n'était pas altéré et il n'y avait ni sensibilité, ni ballonnement du ventre.

Il est malheureusement impossible, dans un établissement comme celui de la rue des Carmes, d'empêcher complètement l'éclosion de ces infections, même légères. La surveillance laisse forcément à désirer, le service étant fait par les élèves sages-femmes de l'école d'accouchements qui doivent se partager le soin des femmes du service hospitalier et du mien, qui doivent assister aux leçons de leur professeur, étudier leur cours. Il en résulte qu'à certains moments de la journée les femmes restent seules et en profitent souvent pour se lever, malgré toutes les défenses qu'on puisse faire.

D'autre part, le linge n'est pas toujours parfait au point de vue de la désinfection. Il est envoyé à la buanderie de l'Hôpital de Bavière, où il ne subit trop souvent qu'un lavage sommaire. Il ne passe à l'étuve à désinfection que quand on en fait la demande formelle. Il y a là évidemment un point faible dans la méthode antiseptique du service obstétrical et les meilleurs agents employés pour les injections ne sauraient y remédier.

Quoique cela, les résultats que j'ai obtenus avec le phénosalyl ont été aussi bons, si pas meilleurs, que quand je me servais de solutions phéniques à 2 ou à 4 p. %. J'y ai en plus trouvé des avantages sur lesquels je reviendrai tantôt.

En gynécologie, depuis le mois d'août, j'ai aussi employé exclusivement les solutions faibles et fortes de phénosalyl pour le lavage des mains, l'immersion des instruments, les irrigations vaginales et intrautérines, la préparation des boulettes d'ouate destinées à servir d'éponges pendant les opérations ou le soin des malades. J'ai employé, de plus, des crayons du poids de 3 grammes, à base de gomme arabique et de farine de froment, contenant 2 1/2 p. °/° de phénosalyl, et que j'ai introduits dans la matrice après le curettage pour endométrite.

J'ai pratiqué :

Dix laparotomies pour extirpation d'annexes ou hystéropexie abdominale;

Deux laparotomies exploratrices ;

Trois laparotomies pour hernies ventrales et sutures musculo-aponévrotiques de la paroi ;

Sept colporrhaphies et périnéoplasties ;

Quatre excisions de polypes du col ou intrautérins :

Une excision du col ;

Sept curettages pour cancers inopérables du col ;

Seize évidements de la matrice pour rétention de débris placentaires et membraneux à la suite de faussses couches.

Beaucoup de ces malades avaient des écoulements fétides venant de la matrice et plusieurs même avaient de la fièvre et des exsudats plus ou moins volumineux intra ou extra-péritonéaux.

Enfin *cinquante curettages* pour toute espèce d'endométrites simples ou compliquées de retentissements aigus, subaigus, ou chroniques sur les annexes ou le péritoine pelvien, beaucoup avec discision profonde du col, quelques-uns avec ignipuncture de la portion vaginale.

De toutes ces opérées une seule a succombé. C'était une malade à laquelle j'avais pratiqué un simple curettage pour endométrite chronique compliquée d'une induration douloureuse, mais peu considérable, à la partie supérieure du ligament large gauche. Les suites opératoires avaient été excellentes et on était arrivé au 7e jour sans fièvre et sans douleur.

La patiente, se sentant bien, voulut se lever malgré la défense qui lui en avait été faite. Elle resta presque toute l'après-dîner hors du lit et quand elle y rentra à la soirée, elle éprouva tout à coup une violente douleur dans le côté gauche. La température monta ce soir à 39°. La sœur, sans nous prévenir et ne croyant pas qu'il y eût quelque chose de grave, fit un enveloppement humide du bas-ventre. Le lendemain, quand je vins faire ma visite, la malade était moribonde. Elle expirait à la fin de la matinée, ayant évidemment une péritonite septique.

L'autopsie révéla, en effet, la présence de celle-ci. Il n'y avait cependant pas d'infection intrautérine. Mais les deux trompes, surtout celle de gauche, étaient épaissies comme un petit doigt, contenaient un peu de pus et leur muqueuse était gris jaunâtre, fort infiltrée de leucocytes.

C'est la seule femme que j'aie perdu dans cette série de 100 opérations que j'ai pratiquées depuis que j'emploie le phénosalyl.

Ici encore, les résultats que j'ai obtenus sont aussi bons que ceux que j'avais avec les solutions phéniquées à 2 et à 4 °/°. J'ajouterai que les crayons de phénosalyl que j'ai introduits après les curettages utérins ne produisent pas en général de douleurs bien intenses.

Je suis décidé, dans ces conditions, à continuer l'emploi des solutions faibles et fortes de phénosalyl en accouchements et en gynécologie.

Les avantages qui ressortent pour moi de l'emploi de ces composés sont :

La facilité de faire les solutions, puisque 30 gr. et 60 gr. de solution normale se dissolvent de suite dans un litre d'eau. On n'a plus l'ennui, par conséquent, de plonger les mains ou de faire une irrigation vaginale avec un liquide contenant des globules d'acide phénique et de se brûler, ainsi, ou de brûler la patiente ou la parturiente.

Le danger d'intoxication est pour ainsi dire nul. Je n'ai pas observé le moindre accident et du reste les expériences de *Vignal et Tarnier* prouvent que la toxicité de l'acide phénique, par le fait du mélange, est diminuée dans les mêmes proportions que son action microbicide est augmentée.

L'odeur n'est pas désagréable ; elle n'est pas pénétrante et ne s'attache pas aux mains ou aux habits comme celle de l'acide phénique. J'ai pu constater dans ma clientèle qu'elle ne répugnait pas aux accouchées ou à leur entourage et surtout qu'il ne restait pas d'odeur dans la chambre de la parturiente.

Enfin, la solution même forte, ne produit pas de sentiment de cuisson sur les mains ou dans le conduit vagino-vulvaire, et les muqueuses restent lisses, ne sont pas desséchées comme avec les solutions d'acide phénique et aussi de sublimé et c'est là, à mon avis, un grand avantage, surtout pendant le travail de l'accouchement. Après m'être lavé les mains une quantité de fois en une matinée, la peau me parait même plus souple qu'auparavant.



15. — Traitement des manifestations nerveuses génitales chez la femme, par M. le Dr Jacobs (1). — Les manifestations génitales nerveuses, que nous considérons comme morbides chez la femme, sont des symptômes d'hypéresthésie douloureuse, qui, le plus souvent, ne sont que l'expression de telle ou telle lésion locale, mais qui cependant peuvent constituer par eux-mêmes des symptômes cliniques suffisamment importants pour engager le praticien à

(1) Policlinique de Bruxelles

instituer une thérapeutique spéciale dans le but de les amender.

Dans cet ordre d'idées, nous passerons en revue successivement le *prurit vulvaire*, le *vaginisme* et les *névralgies pelviennes*.

Prurit vulvaire. — Il est constitué par une démangeaison intermittente ou continue, siégeant à la vulve (grandes et petites lèvres) et se prolongeant souvent au pourtour de l'anus.

Ce prurit peut être tellement vif qu'il est une cause d'insomnie prolongée et constitue un état des plus pénibles pour la femme. Le grattage auquel il donne lieu dénature les lésions causales et détermine la masturbation, surtout chez les enfants, la nymphomanie, des troubles nerveux divers.

Il n'est en général que l'expression symptomatique des lésions locales (eczéma, psoriasis, parasites) qui agissent directement sur les extrémités nerveuses.

Il peut avoir une origine génito-urinaire, lorsque les propriétés irritantes de l'urine enflamment la muqueuse génitale, ou qu'une irritation analogue est produite par une affection génitale (écoulement ou action réflexe).

Enfin le prurit vulvaire peut avoir une origine centrale, et dépendre d'une maladie nerveuse.

Nous voyons souvent le prurit anal concomitant au prurit vulvaire, les mêmes causes produisant les mêmes effets locaux, mais cependant les fissures et les hémorrhoïdes l'occasionnent le plus fréquemment.

Notre thérapeutique s'efforcera de modifier l'état général (diabète, hystérie, etc.).

Localement, nous essayerons : les lotions très chaudes et fréquentes, phéniquées (1,50 p. c.), les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent (1/20), avec la teinture d'iode fraîchement préparée.

Les lotions bijournalières avec :

R. alcool, 10 gr.
bichlorure de mercure, 2 gr.
eau distillée, 450 gr.

Dans l'intervalle de ces différents traitements, nous appliquerons de la pommade phéniquée 3/100 — ou imbibés de la solution suivante :

R. chloroforme.
huile d'amande douce } à à 20 gr.

Les nettoyages locaux au savon et à l'éther doivent être pratiqués journellement.

Il arrive qu'aucun de ces traitements ne donne le résultat attendu. On pourra recourir alors au courant continu (20 milliampères) ou à l'effluve électrique de 10 minutes de durée.

Dans les cas où l'intensité des troubles nerveux résiste à tout traitement, on sera autorisé à recourir à l'ablation des tissus atteints de prurit (clitoris, petites lèvres et parties internes des grandes lèvres).

Vaginisme. — Cette affection est caractérisée par une contracture spasmodique de la vulve et du vagin, accompagnée d'hypéresthésie douloureuse. Nous la rencontrons chez les femmes nerveuses, à tout âge, mais surtout au début du mariage.

Elle est occasionnée par les lésions produites par les tentatives de déflorations brutales et répétées, la situation anormale de la vulve qui fait porter à faux les efforts du pénis, la résistance trop grande de l'hymen, une hypéresthésie congénitale de cette même membrane, enfin l'excoriation des caroncules. La vulvo-vaginite, les exanthèmes qui occasionnent des érosions, des fissures et ulcérations, les tubercules sous-cutanés douloureux, certaines affections vésicales, anales et uréthrales, peuvent être le point de départ du vaginisme.

On a longuement discuté déjà à l'effet de savoir s'il peut exister un vaginisme sans lésions organiques. Les cas décrits par des auteurs tels que Sims, Lorain et d'autres, doivent nous en faire admettre la réalité ; cependant, dans un cas que nous avons observé et dans lequel l'absence de toute lésion locale ou éloignée devait nous laisser croire au vaginisme essentiel, nous avons cru pouvoir rapporter l'hypéresthésie douloureuse à une excitabilité excessive médullaire occasionnée par l'abus du coït. — La douleur qui précède la contraction est le plus souvent localisée en un point déterminé, elle peut être cependant diffuse. Survenant à l'occasion du coït, du moindre contact étranger, elle peut devenir à ce point intolérable qu'elle va jusqu'à provoquer la syncope. Dans l'intervalle des crises on observe du ténesme vésical, anal ou vaginal. La contracture qui suit la douleur comprend le constricteur du vagin, et souvent les muscles périnéaux. On a vu le spasme s'étendre à l'anus, aux adducteurs des cuisses, à tous les muscles du corps. Au bout de peu de temps, on voit les malades maigrir, irritables à l'excès ; certaines peuvent présenter des perturbations mentales pouvant les conduire au suicide, à la folie.

Si nous parvenons dans la plupart des cas à amener une guérison rapide, il en est d'autres rebelles à toute thérapeutique. Aussi, notre

pronostic sera-t-il réservé, d'autant plus que le vaginisme constitue une cause sérieuse de stérilité.

Nous conseillerons l'abstention des excitations sexuelles, l'hydrothérapie, les toniques, les distractions.

Localement : bains de sièges, lavages à l'eau phéniquée (1 °/.), les onctions avec la vaseline phéniquée (3 °/.).

De même que dans le prurit vulvaire, nous déconseillons la cocaïne, qui n'a qu'un effet passager. Il en est de même de l'électricité dans le vaginisme.

Les fissures, excoriations vulvaires et vaginales seront guéries au moyen du nitrate d'argent, 1/20.

Le traitement le plus efficace, celui auquel nous conseillons de recourir rapidement, consiste dans l'excision, sous le chloroforme, de l'hymen, des caroucules, d'un polype uréthral et de la cautérisation immédiate des surfaces au thermocautére. La dilatation forcée jusqu'à résolution sera pratiquée dans le même séance.

Au bout de peu de jours, bains de siège bijournaliers avec spéculum de bain de volume progressivement gradué.

Névralgies pelviennes. — Nous entendons par cette dénomination des douleurs pelviennes permanentes sans lésions appréciables à l'examen.

Nous remarquons ces douleurs pelviennes, ordinairement chez les hystériques et les neurasthéniques, avec lésions minimes des ovaires ou des trompes (sclérose, dégénérescence microkystique, adhérences légéres, déviations) ou bien *sans aucune lésion locale*.

Ces douleurs se produisent au col de l'utérus, aux culs-de-sac vaginaux ou à la vessie, avec irradiations aux membres inférieurs, aux lombes, au sacrum, à l'ombilic ; elles n'offrent aucun caractère spécial, peuvent être continues, intermittentes, spontanées ou provoquées.

Leur traitement sera celui de l'hystérie, de la neurasthénie.

Les lésions minimes des régions douloureuses attireront évidemment l'attention du médecin et seront traitées localement. Le traitement chirurgical des névralgies graves et rebelles constitue encore un des chapitres les plus discutés et discutables de la chirurgie moderne. Les uns sont partisans de la cœliotomie, les autres de la castration utérine par le vagin, lorsque l'on a acquis la certitude que tout autre traitement conservateur ne peut amener d'amélioration.

Ce n'est pas aujourd'hui que nous discuterons les arguments en faveur des opérations radicales ; mais nous tenons à prévenir nos con-

frères des résultats décevants de ces opérations ; l'ablation d'organes douloureux, sans lésions, ne donne que rarement le résultat espéré.



16.— Les progrès de l'allaitement artificiel, par VARIOT. (*Journal de clin. et thérapeut. infantiles*, 15 novembre 1894.) — Dans un pays comme le nôtre, où la natalité est abaissée et la dépopulation menaçante, il faut, dit Variot, s'efforcer de conserver tous les enfants qui viennent au monde. Dans ce but il importe d'accorder la plus grande attention au mode d'alimentation des nouveau-nés.

Il est incontestable que l'allaitement naturel par la mère ou une bonne nourrice constitue le mode d'alimentation le meilleur. Mais, pour des raisons multiples, beaucoup de nouveau-nés doivent être soumis à l'allaitement artificiel.

Les précautions à prendre pour assurer la sécurité de cet allaitement doivent viser : *A*. l'appareil avec lequel on pratique ; *B*. le liquide donné à l'enfant.

A. *Biberon*. — Les modèles de biberon usités sont innombrables. Celui qui a gagné la faveur du public est malheureusement un des plus mauvais. C'est le biberon à tube, composé d'une bouteille dans laquelle plonge un tube de verre continué par un tube de caoutchouc muni d'une tétine à son extrémité. Ce biberon est commode pour les mères : car l'enfant peut être abandonné seul avec son biberon ; à son gré, il interrompt ou reprend la tétée, sans que l'on ait à s'occuper de lui. Mais ce biberon est déplorable au point de vue hygiénique. Le lait qui séjourne trop longtemps dans cet appareil y subit des fermentations malsaines par suite de la succion prolongée et de la pénétration des germes de la salive que le flux et le reflux du liquide répand dans la bouteille ; le nettoyage sérieux des tubes est presque impossible. Du lait de bonne qualité devient trop facilement nuisible dans de telles conditions. C'est là l'origine d'un grand nombre de diarrhées infantiles qui conduisent à l'athrepsie. Lorsque, dit Variot, au dispensaire de Belleville, je vois des nourrissons atteints de diarrhée, je demande qu'on me montre le biberon : quatre-vingt-dix fois sur cent il s'agit d'un biberon à tube, qui exhale une odeur désagréable ou même repoussante lorsqu'on enlève le bouchon. Cet appareil doit donc être formellement proscrit.

Le seul biberon qui ne soit pas nuisible doit être aussi simple que

possible, composé par exemple d'une petite bouteille (de 150 à 200 grammes de contenance) sur le goulot de laquelle s'adapte une tétine en caoutchouc comme un petit bonnet. La bouteille sera nettoyée soigneusement dans l'eau bouillante avant et après chaque tétée. La tétine en caoutchouc susceptible d'être retournée en doigt de gant sera lavée dans l'eau boriquée. Le biberon ne sera chargé que pour une tétée. Si tout le lait n'a pas été consommé par l'enfant, le biberon n'en sera pas moins vidé et nettoyé. Ce biberon n'a qu'un minime inconvénient : c'est d'obliger les mères à le tenir à la main pendant que l'enfant tète.

B. *Lait.* — Le lait donné à l'enfant doit être du lait de vache de bonne qualité et non pas du lait de prix inférieur qui est à Paris sophistiqué de bien des manières. Il faut proscrire toutes les mixtures plus ou moins malsaines (eau panée, décoctions de plantes, laits artificiels, bouillies amylacées) dont l'usage sous de mauvais prétextes variés (pour diluer le lait, pour le rendre plus nourissant, etc.), n'est que trop répandu.

Il faut considérer comme un grand progrès l'introduction dans l'allaitement artificiel du lait stérilisé. L'expérimentation de ce lait a partout donné d'excellents résultats. On sait que la stérilisation du lait consiste à le chauffer en vase clos et à le priver ainsi de tous ses germes.

Cette stérilisation est aisée à obtenir dans chaque ménage grâce à divers appareils, tels que celui de Soxhlet. On peut encore recourir à plusieurs bonnes marques de lait stérilisé livré par le commerce. On ne saurait, dit Variot, trop proclamer les bienfaits du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel ; c'est là une des brillantes conquêtes que l'hygiène moderne doit à la doctrine microbienne.

(*Revue de thér. méd-chir.*) A. BERGÉ.



17. — Du traitement des cystites chez les enfants. — —La cystite est une affection assez fréquente chez les enfants, surtout chez les filles. L'origine en est souvent difficile à établir.

Le Pr Escherich (de Gratz) distingue la cystite avec urine alcaline et la cystite à urine acide, cette dernière habituellement produite, d'après lui, par une infection colibacillaire.

Escherich traite la première par des lavages de la vessie, deux fois

par jour , avec de l'eau boriquée (solution à 1 ou 2 0/0) ou thymolée (5 0/0) tiède. Il ordonne à l'intérieur les potions suivantes : 1° chlorate de potasse, 2 à 3 grammes ; eau, 150 grammes; sirop simple, 10 grammes. Prendre une cuillerée à dessert toutes les deux heures. 2° Infusion sucrée de feuilles d'uva ursi (15 grammes de feuilles pour 150 grammes d'eau). Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

La cystite avec urine acide est traitée très efficacement par des lavages de la vessie avec une solution faible de créoline (10 à 15 gouttes de créoline pour 250 grammes d'eau tiède bouillie) et l'administration à l'intérieur de doses minimes de salol. A. Bergé.
(*Revue internationale de méd. et chir. pratiques*, 5 novembre 1894.)



18. — Avortement provoqué par le procédé de Peltzer. — Le docteur Guinsbourg, en se basant sur quelques cas observés, conclut que l'injection intra-utérine de glycérine, comme l'a préconisée Peltzer, amène assez rapidement l'avortement ; la glycérine est préférable à l'eau, car, étant plus dense, elle a plus de difficulté pour pénétrer dans les vaisseaux qui pourraient être atteints. Le mécanisme de l'avortement se rapproche, plus que dans tout autre procédé, de celui de l'avortement spontané ; même dans l'introduction des sondes, le décollement des membranes est, au début, limité, tandis que par l'injection, il se fait sur une plus grande étendue.

L'auteur ajoute qu'il emploie comme désinfectant la formaline (solution aqueuse d'aldéide formique à 40 p. 100) avec succès ; de même, dans la gonorrhée, le tamponnement avec de l'ouate imbibée de la solution à 2 p. 100 lui a donné de très bons résultats.
(*Ejenedelnik*, n° 10, 1894.)



19. — Traitement des prolapsus génitaux, par le Dr Duplay. (*Bull. méd.*) — Dans l'histoire du traitement des prolapsus, nous constatons qu'on a tout d'abord eu l'idée d'agir sur le corps utérin lui-même — on est allé jusqu'à pratiquer son ablation. — Cette ablation, soit dit en passant, n'empêche pas la chute consécutive des parois et du fond de la cavité vaginale, telle qu'elle existe après l'opération.

Ce fait démontre bien que la cause principale du prolapsus ne réside

pas dans l'utérus et ses ligaments. Il n'y a donc pas lieu d'agir directement sur l'utérus, si ce n'est pour une résection du col, lorsqu'on est en présence d'une hypertrophie, comme on le ferait, d'ailleurs, indépendamment du prolapsus.

De nombreuses opérations ont été exécutées, agissant sur les ligaments. — On a raccourci les ligaments ronds, soit par la voie abdominale, soit à leur sortie du canal inguinal (opération d'Alexander) — on a réséqué également les cordons utéro-sacrés. Mais certes la meilleure intervention étant celle qui s'adresse à la cause principale du mal, nous devons, d'après ce que nous venons de voir, agir d'abord sur le périnée.

C'est pourquoi nous diminuerons sa laxité et augmenterons, en même temps, sa longueur par une large perte de substance antéro-postérieure (p érinéorraphie). — En outre, nous donnerons plus de consistance aux parois vaginales et faciliterons leur maintien en place par des pertes de substance longitudinales, elliptiques, antérieure et postérieure (colporraphie-élytrorraphie). — Pour plus de commodité, combinant nos incisions vaginales inférieures et périnéales, nous prolongerons la perte de substance de la paroi vaginale postérieure sur les parties latérales de la vulve, comme deux ailes de papillon, et sur le périnée (colpo-périnéorraphie — procédé d'Emmet). Nous suturerons ensuite les lèvres de nos incisions.

Telle est l'opération que je me propose d'exécuter sur la première de nos malades. Pour l'autre, je pratiquerai d'abord l'ablation du col utérin et je procéderai ensuite suivant la même méthode.

***

20. — Emploi d'un pessaire-éponge pendant la menstruation.— Nous extrayons la note suivante du *Bulletin médical*, tout en conseillant vivement à nos lecteurs de ne pas faire usage du pessaire-éponge, surtout pendant la menstruation. Les éponges sont, à notre avis, trop difficiles à aseptiser et, d'autre part, pendant la période menstruelle, les infections locales sont trop faciles à produire pour que ce moyen ne présente aucun danger. (N. D. L. R.)

Pour remplacer les serviettes et autres garnitures généralement employées à l'époque des règles, le Dr Duke, de Dublin, recommande aux femmes mariées d'introduire dans le vagin une éponge douce, très propre, soigneusement exprimée dans une solution antiseptique

chaude. L'éponge doit être un peu conique, plus longue que large, traversée par une ficelle solide formant une boucle pour passer le doigt quand il faut retirer le tampon. On place l'éponge à l'entrée du conduit vaginal ; le sang qui s'amasse au-dessus imbibe et fait gonfler l'éponge qui ferme en bas le conduit et empêche tout écoulement à l'extérieur. Il faut recommander d'enlever le pessaire toutes les six heures et de faire une injection vaginale avec de l'eau chaude. L'éponge est alors exprimée dans une solution antiseptique et remise en place.

Par ce moyen les menstrues ne sont point gênées à la sortie et ne souillent pas les parties externes. La durée de l'écoulement est en outre abrégée de deux ou trois jours dans beaucoup de cas.

Toutes les femmes qui y ont eu recours l'ont grandement apprécié, surtout en voyage.

***

21.— Traitement du prurit chez les enfants. (Feulard.) — Lotions chaque soir avec de l'eau très chaude, additionnée pour une demi-cuvette d'une cuillerée à bouche du mélange suivant :

Vinaigre aromatique..................	300 grammes
Acide phénique......................	3 —

Poudrer ensuite largement avec la poudre d'amidon. Régime : Supprimer entièrement de l'alimentation le vin, le café, la viande, et ne permettre que le laitage, les légumes, les soupes bien cuites, etc.

Dans un cas de larges placards érythémateux, très prurigineux, type de ce que l'on désigne ordinairement sous le nom de feux de dents, M. Feulard prescrit :

Eau bouillie..........................	200 grammes
Acide phénique......................	4 —

Une cuillerée à café pour une demi-cuvette d'eau pour lotions. Puis, au bout de quelques jours, le poudrage que l'on doit faire après ces lotions est précédé d'une onction avec :

Glycérolé d'amidon..................	50 grammes
Acide tartrique......................	1 gr. 50



22. — Traitement de l'eczéma séborrhéique chez les enfants. (FEULARD.) — Faire des lotions de la tête avec une solution très étendue de coaltar (une cuillerée à café de coaltar saponiné pour une demi-cuvette d'eau), puis faire tomber les croûtes de la tête et de la face avec des cataplasmes de fécule. Une fois les croûtes disparues, appliquer des compresses de tarlatane, imbibées de la solution suivante :

Eau bouillie........................	350 grammes
Résorcine........................	2 —

Le soir, application de la pommade suivante :

Vaseline........................	30 grammes
Baume du Pérou........................	1 —

Modifier le régime défectueux, s'il existe.

En soumettant uniquement les enfants à l'usage du lait et des œufs suivant leur âge, et en employant cette médication externe, on voit leur état se modifier avec une grande rapidité.

FORMULAIRE

—

De l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des tumeurs fibreuses adhérentes.

(JULES CHÉRON.)

Dans certains cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, les malades se plaignent de douleurs très pénibles dans le ventre, douleurs qui proviennent beaucoup moins du volume de la tumeur souvent que des adhérences qui existent à la périphérie du fibrome. Ces adhérences sont le résultat de petites poussées inflammatoires du péritoine qui recouvre la tumeur.

Dans ces conditions, on obtient une amélioration rapide par l'emploi de l'ichthyol en pansements vaginaux, en pommade appliquée sur la paroi abdominale et en capsules prises à l'intérieur.

Les pansements vaginaux sont faits avec de l'ouate hydrophile imbibée du glycérolé suivant :

Glycérine neutre à 30° Baumé.....	300 grammes.
Sulfo-ichthyolate d'ammonium...	20 grammes.

Si, au bout de quelques pansements, la malade se plaignait d'une irritation plus ou moins grande du vagin et de la vulve, on aurait recours au glycérolé suivant :

Glycérine neutre à 30° Baumé....	200 grammes.
Sulfo-ichthyolate d'ammonium....	10 grammes.

Comme pommade, nous conseillons d'associer à l'ichthyol le savon mou de potasse et l'extrait de digitale dont nous avons montré, dans nos précédents formulaires, l'action résolutive très remarquable :

Extrait de digitale...............	4 grammes.
Savon mou de potasse...........	8 grammes.
Sulfo-ichthyolate d'ammonium....	10 grammes.
Vaseline......................	ââ 40 grammes.
Lanoline......................	

L'association de ces trois puissants résolutifs donne les meilleurs résultats. Avec la pommade ci-dessus on fait, tous les soirs, des onctions douces sur la paroi abdominale et on laisse la pommade appliquée pendant toute la nuit. Cette pommade est facilement enlevée, le matin, par un lavage à l'eau tiède ; il n'y a pas avantage à la laisser en place pendant le jour, car il y aurait bientôt de l'irritation de la peau qui obligerait à suspendre l'emploi de ce topique qui est, au contraire, très facilement toléré quand on n'en fait usage que pendant la nuit.

Enfin, l'ichthyol à l'intérieur, par son action tonique sur l'estomac, relève la tension artérielle et contribue à favoriser la résolution des exsudats péri-utérins en général et, en particulier, des adhérences péri-fibromateuses :

Ichthyol	3 grammes.

en trente pilules;

prendre une pilule avant chaque repas.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

SALPINGO-OVARITES APRÈS CURETTAGE

Après les méfaits du massage gynécologique exposés, non sans malice, devant la *Société de chirurgie de Paris* (voir notre Revue de janvier 1895), voici les méfaits du curettage à la *Société belge de gynécologie et d'obstétrique* (séance du 20 janvier 1895). Attendons-nous à voir démontrer bientôt que l'hystérectomie et l'ablation des annexes présentent infiniment moins d'inconvénients que le curettage et le massage pelvien, ces deux têtes de turc des grands interventionnistes en gynécologie.

C'est le Dr HENROTAY (d'Anvers) qui attire notre attention sur la possibilité de voir survenir, à la suite du curettage pour endométrite blennorrhagique, des lésions suppurées des annexes, alors que l'infection était nettement limitée à l'utérus avant l'opération. L'auteur ne se demande pas s'il y a eu une infection accidentelle pendant le curettage (par les laminaires par exemple), si le curettage fait avec abaissement n'a pas pu déchirer une petite loge purulente existant dans le bassin et méconnue avant l'opération, s'il n'y a pas eu une réinfection de la malade par le mari blennorrhagique (dans la 1re observation le mari est en pleine poussée aiguë d'uréthrite quand la malade rentre chez elle, et c'est trois jours après avoir quitté l'hôpi-

tal qu'elle est prise d'accidents aigus), s'il n'y a pas eu d'infection accidentelle pendant les pansements consécutifs à l'opération, si le repos au lit (six jours) a été suffisant, s'il n'y aurait pas lieu de moins tamponner et de moins cautériser la cavité utérine après le curettage, etc. Non, il rejette en bloc la curette du traitement de l'endométrite blennorrhagique, préférant sans doute attendre que les annexes soient atteintes par le processus gonococcique pour faire l'hystérectomie.

Voici, du reste, cette communication *in-extenso*, d'après le *Bulletin de la société belge de gynécologie* :

D[r] HENROTAY (Anvers). — **Annexites après curettage.**

J'ai eu l'occasion d'observer l'an dernier deux cas d'inflammation aiguë des organes pelviens peu de temps après la dilatation et le curettage de l'utérus. Ils se sont présentés dans des conditions tellement analogues que j'ai cru utile de vous les rapporter.

I. — Madame V. D. B..., 26 ans, a été réglée à 11 ans. Les règles durent environ sept jours et sont douloureuses au début. Mariée depuis sept ans, elle n'a jamais ni accouché, ni avorté.

Au moment où je la vis pour la première fois, en février 1894, elle accusait des douleurs en urinant ; l'urine est trouble et parfois teintée de sang. Douleurs abdominales à droite ; pertes jaunâtres, épaisses. Le mari a été atteint de blennorrhagie il y a trois ans, c'est-à-dire donc pendant le mariage et souffre encore de temps à autre des organes génitaux.

L'examen donne : bartholinite suppurée à gauche ; la pression d'arrière en avant du canal de l'urèthre ne ramène pas de sécrétion, mais l'urine extraite par le cathétérisme contient du pus. Utérus normal en antéversion, col virginal. Les annexes des deux côtés ne présentent pas d'altérations décelables au toucher.

Au spéculum, le pourtour de l'orifice externe présente un léger ectropion inflammatoire. La sonde de Playfair revient chargée de muco-pus et la muqueuse saigne assez facilement.

C'était bien là un type banal d'infection blennorrhagique ascendante du tractus génital arrivée à la phase utérine. L'examen bactériologique du pus de la bartholinite y décela, en outre, de nombreux gonoccoques.

Le traitement complexe consista en irrigations vaginales au su-

blimé 1/4000 qui plus tard fut remplacé par le permanganate 1/2000. L'orifice de la glande de Bartholin fut agrandi au bistouri. Application intra-utérine de teinture d'iode et de crayons médicamenteux ; tampons ichtyolés.

Enfin, contre la cystite, je fis, trois fois par semaine, des lavages vésicaux avec un litre de solution de permanganate à 1/2000 qui furent parfaitement tolérés.

L'amélioration se fit rapidement sentir en ce qui concerne la vessie et vers la fin mars l'urine ne contenait plus que de rares globules blancs, les symptômes subjectifs ayant complètement disparu. A cette époque, la sécrétion de la bartholinite avait perdu son aspect franchement purulent ; mais la glande restait infiltrée. La blennorrhée utérine avait été moins heureusement influencée et les pertes jaunâtres réapparaissent dès que le traitement est abandonné.

La personne nous fait part du vif désir qu'elle a d'avoir un enfant et craint de perdre, dans un traitement trop long, les années de vie génitale qui lui restent encore. Aussi le curettage utérin et l'excision de la glande malade furent-ils acceptés sans opposition. La malade entra à l'Institut Sainte-Camille où ces deux petites interventions eurent lieu le 11 avril 1894.

J'insiste, pour la suite, sur deux points :

1° Que le curettage fut précédé, ainsi que j'en ai d'ailleurs l'habitude, de la dilatation à l'aide de la laminaire placée la veille et de la dilatation instrumentale au moment de l'intervention ;

2° Que les suites opératoires furent absolument apyrétiques, car je fais prendre régulièrement, matin et soir, la température pour les plus légères comme pour les plus conséquentes interventions.

Je fus assez surpris de recevoir chez moi le mari, le lendemain du jour où sa femme avait été opérée. Il ne venait pas, ainsi que je le croyais, s'enquérir de la santé de sa moitié, mais me faire constater chez lui une uréthrite aiguë, souvenir cuisant d'une excursion extra-conjugale. Je le mis rapidement au courant de sa situation et de la conduite qu'il avait à tenir jusqu'à complète guérison ; puis je l'a-'ressai au confrère De Keersmaecker.

La malade rentre chez elle le 18, se sentant parfaitement bien. Je ıs subitement rappelé chez elle le 21. Elle a eu un frisson suivi de ouleurs abdominales intenses. La température est élevée, mais mal-eureusement n'a pas été notée. Au toucher, l'utérus est volumineux, ·ès douloureux. La région des trompes et des deux côtés est empâ-

tée, douloureuse, bien que cependant je ne puisse délimiter de tumeur salpingienne.

Ma première impression fut d'accuser de ces méfaits un rapprochement sexuel intempestif, mais les deux intéressés m'affirmèrent le contraire très catégoriquement. Le mari était d'ailleurs, à ce moment, atteint d'une orchite aiguë, ce qui ne permettait guère de suspecter ses dires.

L'état général restant très bon, je m'en tins à la médication antiphlogistique générale et locale usuelle en pareilles circonstances et après une dizaine de jours, pendant lesquels la malade présenta à plusieurs reprises des températures vespérales élevées, les douleurs s'amendèrent peu à peu et la malade commença à se lever.

A différentes reprises depuis, j'ai revu et touché cette malade. Elle n'est pas devenue enceinte pour la raison bien simple que l'urine du mari, ayant contenu des filaments jusque dans ces derniers temps, le traitement ayant été fort mal suivi, le coït n'a eu lieu qu'en condom. L'endométrite s'est progressivement améliorée et les sécrétions du début ont pour ainsi dire disparu. L'utérus reste douloureux et la trompe droite que l'on ne sentait pas avant le curettage, sans être kystique, est augmentée de volume et sensible.

II. — D... E..., 24 ans, servante, réglée à 13 ans, a accouché d'un enfant mort-né le 12 mai 1893.

Un examen gynécologique, pratiqué à sa demande en décembre 1893, alors qu'elle était en réalité atteinte de gale, donne : périnée légèrement entamé ; vagin normal ; utérus mobile en antéversion ; annexes libres ; au spéculum, col absolument sain ; leucorrhée blanchâtre insignifiante.

La patiente revient à ma clinique en mai 1894. On constate alors à gauche un kyste purulent, non ouvert, de la glande de Bartholin, du volume d'un gros œuf de pigeon.

La malade accuse des pertes jaunâtres épaisses, mais pas de douleurs et accepte de subir l'extirpation de la glande malade. Mais en rentrant chez elle, probablement à la suite de légères tentatives que j'avais faites de sonder le conduit excréteur, la poche s'ouvrit spontanément et je ne revis la malade que le 14 septembre dernier. Elle se plaint de douleurs abdominales que je crois devoir rapporter à une diarrhée violente qui existait à ce moment. Les dernières règles, qui sont arrivées en retard, ont duré quinze jours. Pertes jaunâtres, très abondantes.

Le toucher, très aisé d'ailleurs chez cette personne, renseigne à ce moment un utérus normal en antéversion d'une excessive mobilité et les culs-de-sac absolument libres.

En présence de la nature blennorrhagique de l'affection, compliquée peut-être d'une fausse couche des premières semaines, je me crus d'autant plus autorisé à proposer le curettage, que la profession de la malade ne lui permet guère de suivre un traitement long ou compliqué.

La dilatation et le curettage furent pratiqués le 18 septembre exactement de la même façon que dans le premier cas relaté.

Suites opératoires absolument apyrétiques, la température n'ayant jamais dépassé 37°5; la personne se lève le sixième jour.

Tout alla pour le mieux pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps réapparurent de violentes douleurs pelviennes que j'attribuais à la prochaine menstruation, souvent douloureuse après le curettage. Mais je ne fus pas peu étonné de constater à ce moment une augmentation du volume du corps utérin qui est douloureux et dans le cul-de-sac gauche une tumeur très sensible reliée à l'utérus par une masse bosselée. A droite, rien de palpable.

La malade souffre beaucoup et bien qu'étant d'un tempérament très peu nerveux, elle est totalement privée de sommeil, tant les douleurs sont violentes. Le toucher me fait assister à l'accroissement continu de volume du kyste salpingo-ovarien et redoutant le dénouement si souvent observé par rupture de la poche dans le péritoine, sur lequel Jacobs (1), dans sa critique du travail de Fraipont (2), a de nouveau insisté avec tant d'à-propos, je décidai d'intervenir rapidement.

Je choisis pour atteindre le corps du délit la voie abdominale, non parce qu'elle a plus particulièrement mes sympathies, mais afin de faire tout ce qui est en mon pouvoir pour conserver les annexes droites qui paraissent saines.

Laparotomie le 6 novembre avec l'assistance des confrères Van de Vorst et Hertoghe.

L'utérus rouge vif a le volume d'un utérus gravide de 1 1/2 à 2 mois. Une anse intestinale est adhérente à son fond et dans l'épaisseur de cette adhérence se trouvait une petite collection purulente

(1) Jacobs. — *Policlinique*, décembre 1894.

(2) Fraipont. Douze cas de grossesse après salpingo-ovarites et pelvi-péritonites suppurées.

du volume d'une noisette. Tout le petit bassin est rempli de brides péritoniques récentes, rouges, friables. A gauche, à côté de l'utérus et reliée à celui-ci, se trouve une tumeur du volume d'une orange, que je mis assez de temps à énucléer pour ne pas la rompre, et j'y réussis.

Je dus abandonner l'idée de conserver les annexes droites. De ce côté, le pavillon est oblitéré et l'extrémité distale de la trompe est déjà légèrement dilatée. Celle-ci et l'ovaire sont de toutes parts noyés dans des adhérences récentes, et laisser en place les annexes dans de telles conditions, c'était s'exposer à les voir, à brève échéance, subir le sort de celles de droite ; aussi, fort du consentement formel de l'opérée, je les enlevai. J'avoue qu'à ce moment j'ai regretté, vu l'état de l'utérus, de ne pas avoir eu recours d'emblée à l'hystérectomie vaginale.

Les suites opératoires furent on ne saurait plus simples. Les fils furent enlevés le 7e jour et la malade qui ne pouvait comprendre pourquoi je la laissais au lit se lève le 10e jour portant une ceinture abdominale de Martin et quitte l'Institut le 13e jour.

Fin novembre elle avait repris ses occupations habituelles cependant fatigantes et se portait on ne peut mieux. Je l'ai revue, à ma demande, vers la mi-décembre. Son état général est parfait et l'utérus qui m'avait inspiré certaines appréhensions a involué au point de n'être plus qu'un petit moignon ballottant au sommet de la voûte vaginale.

La tumeur enlevée est formée d'un volumineux abcès de l'ovaire à la surface duquel est étalé et soudé le pavillon de la trompe également kystique.

En résumé, voici deux cas d'infection blennorrhagique de la filière génitale, de *génitalite* d'après Auvard, parvenue à la phase utérine et où le curettage a été pratiqué alors que tout phénomène aigu avait disparu.

Cette intervention bénigne a été suivie, à brève échéance, dans les deux cas, d'accidents graves du côté des organes et du péritoine pelviens et dans des conditions telles qu'il est difficile de ne voir qu'une simple succession entre les deux ordres de faits. Si j'en crois des conversations particulières avec différents chirurgiens, ces cas ne seraient pas précisément exceptionnels, mais ne sont guère relatés.

Si l'on m'objecte que les lésions salpingo-ovariennes existaient avant le curettage et ont passé inaperçues, je répondrai :

Je n'ai alors fait que mettre en pratique la méthode de Walton tout récemment encore prônée par Labadie-Lagrave et Basset (1) et mes deux cas sont deux insuccès de plus à l'actif de la méthode. Je ne veux pas tirer de conclusions formelles de deux cas, bien que je ne me croie plus autorisé, après cette expérience involontaire, à exposer de nouveaux malades à des accidents de ce genre. J'en ai, pour ma part, gardé cette règle de conduite, savoir :

Recourir surtout au traitement médical local de l'endométrite blennorrhagique et abstraction faite de la question de récidives, n'introduire la curette dans de semblables utérus qu'avec la plus extrême réserve.

Nous ne pouvons discuter en détail les deux observations qui servent de base à l'argumentation de M. HENROTAY ; nous n'avons pas les détails suffisants pour permettre une discussion approfondie.

Mais, à ce sujet, il ne sera pas inutile de faire quelques remarques sur le curettage en général et sur le curettage tout particulièrement dans les cas d'endométrite blennorrhagique.

1° En matière de blennorrhagie féminine, il y a, tout d'abord, un côté de la question qu'on ne doit jamais négliger ; c'est le *côté conjugal.* Si on ne prend pas la précaution de soigner ou de faire soigner le mari, il est évident qu'on aura bientôt une réinfection qui rendra inutile le curettage. Aussi ne doit-on entreprendre le traitement de la malade que si le mari prend l'engagement formel de se soigner jusqu'à complète guérison et, jusque-là, de n'avoir aucun rapprochement avec la malade. Quand les deux personnes intéressées sont prévenues du danger que présentent les rapprochements du mariage (sans qu'il soit besoin pour cela d'enfreindre les règles du secret professionnel), il est bien rare qu'une faute soit commise dans ce sens. Même si le mari était guéri au moment de l'opération (ce qui est encore mieux) on ne devrait

(1) *Semaine médicale*, 1895, n° 2.

permettre la cohabitation que six semaines après le curettage, lorsque la muqueuse utérine est reconstituée complètement. On pourrait craindre, en effet, si la malade devenait enceinte avant la réparation de la muqueuse utérine que l'insertion du placenta ne se fît sur le segment inférieur de l'utérus ; quelque improbable que soit cette complication, il y a cependant lieu de l'éviter.

2° A moins d'urgence absolue, quand il existe une *bartholinite suppurée*, comme dans les observations de M. Henrotay, il est prudent d'opérer d'abord la bartholinite et de n'entreprendre le curettage que plus tard, lorsque toute crainte d'infection soit directement de la malade par elle-même, soit indirectement par l'intermédiaire des mains du chirurgien ou des instruments et des objets de pansement, est sûrement écartée.

La même remarque est à faire, dans le cas de vaginite des culs-de-sac compliquant l'endométrite.

3° Il n'y a aucun avantage à faire *l'abaissement de l'utérus* pour pratiquer le curettage ; à l'exemple de mon maître, le Dr J. Chéron, j'ai souvent insisté, dans ce journal, sur l'inutilité de cette manœuvre dont on peut toujours se passer quand on est bien outillé et qui présente d'incontestables dangers dans le cas de petite collection purulente enkystée autour de l'utérus et méconnue avant l'intervention.

4° La *dilatation avec les laminaires* est à abandonner toutes les fois que l'utérus est infecté ; il y a bien des années déjà, dans une de mes revues, j'ai insisté sur la facilité avec laquelle on pouvait faire des infections secondaires par les laminaires et cela précisément à propos d'une observation de M. Trélat analogue à celles que nous discutons en ce moment. La dilatation avec les dilatateurs métalliques, sous le chloroforme, au début même du curettage, nous a toujours suffi pour faire une opération très complète, et ce genre de dilatations n'expose pas à des infections profondes comme l'emploi des laminaires, d'ailleurs toujours plus pénibles pour les malades, et, à ce seul point de vue, à rejeter, puisque c'est une manœuvre inutile.

5° Le *tamponnement* de l'utérus avec la gaze iodoformée et les *cautérisations répétées* après le curettage ne présentent aucun avantage, dans les endométrites blennorrhagiques. A mon avis, et c'est aussi la pratique du D[r] CHÉRON, il n'y a pas lieu, si on a fait un curettage bien complet, de tamponner ni de cautériser jusqu'aux premières règles qui suivent l'intervention. Nous avons vu, après des cautérisations trop répétées, survenir des aménorrhées rebelles, chez des malades opérées par d'autres opérateurs, et nous préférons ne recourir aux cautérisations que si des règles trop abondantes en indiquent l'utilité, ce qui, du reste, ne se présente que rarement. En évitant les tamponnements et les cautérisations, on diminue d'autant les dangers de réinfection dans les sinus consécutifs, on ne s'expose pas à l'aménorrhée secondaire, il y a donc tout avantage à temporiser. Il n'en est plus de même, pour le dire en passant, dans l'endométrite hémorrhagique qui complique les tumeurs fibreuses, comme je l'ai démontré dans un autre travail (1); mais là, les conditions sont bien différentes, sans que j'aie le loisir d'y insister aujourd'hui.

6° Le *repos au lit* doit être d'au moins une dizaine de jours, après le curettage, et la malade devra garder la chambre jusqu'aux premières règles, pendant la durée desquelles elle reprendra le lit. C'est, à notre avis, une précaution indispen sable.

Pour terminer cette Revue, nous dirons que :

1° Le curettage, pratiqué avec les précautions que nous venons d'indiquer brièvement, ne présente aucun danger dans le traitement de l'endométrite blennorrhagique.

2° Cette opération est le meilleur mode de traitement prophylactique de la blennorrhagie ascendante, chez la femme ; faite, en temps opportun, et à la condition qu'on évite les réinfections consécutives, elle permet à la malade de guérir

(1) JULES BATUAUD. *Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus ; l'endométrite, cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage.* Paris, 1891, in-8° de 137 p. avec fig. Steinheil, éd.

complètement tout en conservant des organes aptes à la fécondation. Par elle, bien des mutilations auraient pu être évitées ; c'est, comme le disaient HÉGAR et KALTENBACH, une des interventions les plus utiles de la gynécologie.

JULES BATUAUD.

CLINIQUE DE SAINT-LAZARE

(D[r] CHÉRON.)

—

Nous allons aborder maintenant, comme nous le faisons chaque année, l'étude importante du meilleur mode d'examen des malades.

En voici une que nous voyons pour la première fois. Quelles sont les conditions de l'interrogatoire, utile, à lui faire subir ?

Allons-nous la laisser parler tout à son aise, sans mesure et sans ordre, ou procéderons-nous par questions suivant un ordre méthodique ? Cette dernière manière de faire est celle à laquelle il faut donner la préférence sous peine de voir dans le cas contraire, la malade s'engager dans un récit interminable avec nombreux détails sans intérêt aucun, alors qu'un grand nombre de points importants resteront dans l'ombre.

Lorsque nous aurons procédé à cet interrogatoire d'une façon méthodique et aussi concise que possible, il sera bon d'ajouter en s'adressant à la malade : avez-vous à nous dire quelque chose de particulier dont nous ne vous ayons point parlé ? Et cette demande provoquera souvent chez l'interpellée une réponse utile à sa cause, susceptible d'éclairer le diagnostic de son affection.

Revenons à l'interrogatoire et procédons ensemble.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 25 ans.

D. — Quelle est votre profession ?

R. — Caissière.

D. — De quel pays êtes-vous ?

R. — Des environs de Clermont-Ferrand.

D. — Habitez-vous Paris depuis longtemps ?

R. — Depuis deux ans et demi.

D. — Depuis quand êtes-vous mariée ?

R. — Depuis six ans.

D. — Avez-vous eu des enfants ?

R. — Quatre.

D. — Comment se sont passés les accouchements ?

R. — Bien les trois premiers, au 4e on a dû m'accoucher avec les fers.

D. — Avez-vous eu des fausses couches ?

R. — Une.

D. — Quel âge a votre dernier enfant ?

R. — Mon dernier enfant a neuf mois, c'est entre le 3e et le 4e que j'ai fait une fausse couche de trois mois, je ne sais pourquoi. J'étais très lourde, j'avais une pesanteur dans le ventre.

D. — Depuis quand êtes-vous malade ?

R. — Surtout depuis le dernier enfant, mais déjà au deuxième j'étais bien fatiguée.

D. — A quel âge avez-vous été réglée et de quelle façon ?

R. — J'ai été réglée à 13 ans et 1/2 et ça n'a été régulier qu'à partir de 16 ans.

D. — Comment êtes-vous réglée actuellement ?

R. — Toujours très régulièrement, mais depuis deux ans, à peu près, je perds très abondamment, ça dure dix jours et je souffre, pendant les deux premiers jours, de coliques assez vives qui m'obligent à rester couchée.

D. — Avez-vous des pertes blanches ?

R. — Très abondantes, surtout le matin. Lorsque je sors du lit, je laisse tomber comme un paquet de glaires jaunâtres.

D. — Et dans la journée ?

R. — Je perds aussi en blanc, mais moins, mon linge est taché et comme empesé.

D. — D'ou souffrez-vous ?

R. — Du ventre, tout en bas, il me semble que ça tire sur les deux côtés et je sens un poids.

D. — Avez-vous d'autres douleurs ?

R. — Oui, dans les reins. Quand j'ai marché pendant un quart d'heure seulement j'ai comme une ceinture de douleurs, je ne peux plus rester debout, je suis un peu essoufflée.

D. — Pouvez-vous rester assise sans fatigue ?

R. — J'ai mal au bout de quelque temps, je sens quelque chose qui pousse en bas et ça devient douloureux si je reste assise longtemps. Lorsque je vais m'asseoir, il faut que je le fasse avec précaution, sans ça je me fais mal, il me semble que je repousse la matrice qui remonte dans le ventre.

D. — Avez-vous de la constipation ?

R. — J'en ai eu pendant un temps ; depuis deux ans, c'est le contraire.

D. — Avez-vous des envies fréquentes d'uriner ?

R. — Très fréquentes surtout après les repas.

D. — Et la nuit ?

R. — Non jamais.

D. — Avez-vous remarqué si vous avez du sable rouge dans l'urine ?

R. — Quelquefois ; et le plus souvent l'urine devient trouble.

D. — Comment sont les digestions ?

R. — Je digère très mal, je suis ballonnée après les repas et quatre ou cinq heures après j'ai encore du malaise. Je deviens très rouge après avoir mangé et si je reste au repos j'ai envie de dormir.

D. — Comment vous portiez-vous avant le mariage ?

R. — Je n'étais jamais malade sans être bien forte.

D. — Avez-vous quelque chose à nous dire dont nous ayons négligé de vous parler ?

R. — Les rapports sont douloureux depuis bientôt deux ans. J'ai, profondément, un point très sensible. La douleur persiste pendant longtemps et le lendemain je marche difficilement.

Cet interrogatoire me paraît suffisant, nous lui avons laissé sa forme simple et maintenant, avant de commencer l'examen, il me semble utile de commenter cet interrogatoire et d'en déduire l'affection probable dont souffre cette malade.

J'ai souvent insisté depuis que je poursuis cet enseignement sur l'utilité qu'il y a à commenter l'interrogatoire de la malade et à en déduire un premier diagnostic basé sur des présomptions.

Mauvaise est la manière de procéder qui consiste à examiner la malade après l'avoir interrogée de la façon la plus sommaire.

Le diagnostic risque fort d'être très incomplet, car ce n'est pas d'un mot, comme on le faisait naguère, qu'on peut désigner une affection de l'appareil utéro-ovarien.

Celle-ci est généralement complexe et c'est seulement un tableau de l'affection qui en signale les grandes lignes, comme nous l'établirons tout à l'heure, qui peut en donner une idée nette et complète.

D'après l'interrogatoire que vous venez d'entendre nous est-il possible de supposer l'affection dont cette malade est atteinte ; avec quelque chance de vérité ?

Trouvons-nous dans cet interrogatoire des points suffisamments saillants pour caractériser un état morbide déterminé de l'utérus ou des annexes ?

Cette malade a eu quatre enfants et une fausse couche en six ans, dès le second enfant elle s'est trouvée fatiguée et alourdie, elle éprouvait un sentiment de pesanteur dans le ventre, depuis le dernier accouchement elle souffrait d'un tiraillement douloureux dans les aines, de douleurs dans la région des reins irradiant en ceinture vers les pubis.

Et, cette souffrance lorsqu'elle vient à s'asseoir, souffrance qui s'accompagne de la sensation d'un corps volumineux qu'elle suppose être la matrice qui remonte dans le ventre ! Ajoutons à cela les glaires jaunâtres qu'elle nous dit perdre abondamment, en particulier le matin, et nous aurons des élé-

ments de présomption suffisants pour nous permettre de tenir le raisonnement que voici :

La pesanteur et le tiraillement dans les aines sont probablement en rapport avec un utérus trop lourd qui tire avec force sur ses ligaments, les ligaments larges surtout (sub involution).

Les ménorrhagies dénotent une altération de la muqueuse utérine (endométrite).

Les pertes blanches glaireuses jaunâtres nous indiquent qu'il existe une endocervicite de forme catarrhale.

La sensibilité douloureuse au périnée et la sensation d'un corps lourd et endolori qui remonte dans le bassin lorsque la malade s'assied, permet de supposer un utérus volumineux et peut-être rétroversé, appuyé en abaissement sur le plancher vaginal (1).

Notre diagnostic *de présomption* sera donc : *Subinvolution avec abaissement* et peut-être *rétroversion. Endométrite ménorrhagique et endocervicite catarrhale.*

Voyons maintenant dans quelle mesure l'examen que nous allons faire viendra confirmer le diagnostic de présomption que je considère non seulement utile mais encore destiné à rendre un véritable service au praticien qui, de la sorte, fait sans cesse appel à ses connaissances relatives à la symptomatologie et fait effort pour établir une corrélation entre les symptômes et les lésions que va lui permettre de découvrir un examen physique approfondi.

S'il laisse de côté cette première partie, c'est-à-dire l'interrogatoire d'abord et d'autre part ce travail de l'esprit qui met en sa main quelques éléments plus ou moins sûrs du problème qu'il s'apprête à résoudre ; s'il procède à l'examen physique sans rien demander préalablement à la logique, il rappelle ces chirurgiens dont la formule semblait être : *ouvrons d'abord, nous verrons ensuite* ; chirurgiens dédaigneux de la science

(1) L'époque de l'infection est, dans le cas, de peu d'intérêt. Les lésions sont faites, il importe d'y remédier.

du diagnostic qui fut la gloire de grands maîtres presque tous aujourd'hui disparus.

(*A suivre.*)

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(3e *article, voir les deux nos précédents.*)

—

Des injections, des irrigations et des douches vaginales.

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire. — Définition des termes : injection, irrigation et douche vaginale.
1° *Injections vaginales.* Les injections vaginales sont-elles utiles ?
Indications des injections vaginales : injections de propreté ; injections antiseptiques, injections résolutives, injections hémostatiques, injections décongestives, injections toniques, injections calmantes et sédatives. Faut-il faire des injections pendant les règles ? précautions à prendre dans ce cas. Faut-il faire des injections pendant la grossesse ? précautions à prendre. Contre-indications des injections vaginales.
Action due à la température de l'eau employée en injections.
Action due à la composition du liquide, principales substances employées en injections vaginales ; titre des solutions.
Instrumentation et asepsie des instruments.
Manuel opératoire des injections faites par les malades : injections de propreté, injections dans le décubitus horizontal.
Manuel opératoire des injections faites par le médecin.
2° *Irrigations vaginales.* Indications spéciales. Contre-indications. Manuel opératoire (Appareil d'Audouin).
3° *Douches vaginales.* Elles doivent toujours être faites par le médecin. Leur principale indication. Manuel opératoire.
4° Quelques mots sur les injections gazeuses.

On donne le nom d'*injections vaginales* à de véritables bains locaux de courte durée qui diffèrent du bain utéro-vaginal par ce fait que, dans les injections, le liquide projeté sans cesse jusqu'à épuisement d'une quantité déterminée d'avance, ne baigne point l'organe d'une façon permanente ; c'est un bain local à eau courante. L'*irrigation* diffère de l'injection en ce qu'elle a une durée beaucoup plus longue et nécessite une plus grande quantité de liquide. Enfin, lorsque le liquide est projeté avec une certaine

force sur le col utérin, on donne à ce genre d'injection le nom de *douche vaginale.*

1° *Injections vaginales.*

On a discuté l'utilité des injections vaginales, dans ces derniers temps. Les uns ont prétendu qu'elles présentaient trop d'inconvénients au point de vue du danger de l'infection possible par la canule, mal aseptisée trop souvent, pour compenser leur faible pouvoir de désinfection locale. Les autres ont même accusé les injections d'amoindrir l'action bactéricide des sécrétions normales de l'utérus et du vagin et de permettre, par ce mécanisme, une pullulation plus rapide des microbes, pathogènes ou non, contenus dans la filière génitale.

Nous admettons volontiers que l'action désinfectante des injections faites par les malades elles-mêmes n'est pas considérable ; l'observation de chaque jour démontre cependant que, pour faible qu'elle soit, cette action désinfectante n'est pas à négliger. En outre, les injections présentent des avantages très appréciables comme moyen de décongestion de l'appareil utéro-ovarien, comme moyen de réveiller le travail d'involution suspendu trop rapidement par une infection puerpérale de date plus ou moins ancienne, comme moyen de résolution des exsudats pelviens, etc., etc., et c'est, à notre avis, ne voir qu'un des côtés de la question que de se préoccuper uniquement de leur action désinfectante. A la rigueur, n'auraient-elles qu'une action nulle au point de vue de l'antisepsie qu'on devrait cependant en conserver l'emploi à titre de modificateur du terrain, à titre de décongestif local, de résolutif, etc. Il suffit qu'elles ne soient pas infectantes pour être utiles, et les précautions à prendre pour cela ne sont pas tellement compliquées que les malades ne puissent les observer sans trop de peine, pourvu qu'on les leur explique très clairement.

Nous ne nous attarderons pas à discuter le danger des injections comme diminution du pouvoir bactéricide des sécrétions normales de l'utérus et du vagin. Il s'agit de travaux de laboratoire très intéressants sans doute, mais portant sur un trop petit nombre de faits et, ce qui nous permet de les citer sans y insister, c'est que les observations dont il s'agit ont porté uniquement sur des femmes récemment accouchées. Sans prendre parti pour ou contre

les injections pendant la période puerpérale, ce qui est tout à fait en dehors de notre sujet, nous dirons que les conditions dans lesquelles se trouvent les malades auxquelles s'adresse le gynécologiste sont trop différentes de celles dans lesquelles ces analyses bactériologiques ont été faites pour qu'il soit logique d'en tirer un argument sérieux contre les injections vaginales, dans les cas qui nous occupent.

Les *indications* des injections vaginales sont nombreuses.

Chez les femmes bien portantes, les injections vaginales sont à recommander, à titre de mesure de propreté ; le vagin étant habité, à l'état normal, par des microbes saprophytes qui pourraient facilement devenir pathogènes, il y a tout intérêt à faire une injection, matin et soir, pour éviter une infection accidentelle.

Dans les affections de l'appareil utéro-ovarien, toutes les fois que l'état de la malade n'est pas tellement grave qu'il soit impossible de la déplacer pour lui donner des injections, les injections sont utiles à plusieurs points de vue : comme *antiseptiques*, dans le cas de vaginite, d'endométrite, de salpingite ; comme *résolutives*, dans le cas d'exsudats péri-utérins et péri-annexiels ; comme *hémostatiques* (dans les fibromes, le cancer, l'endométrite hémorrhagique ; comme *décongestives*, dans le cas de congestion chronique du bassin ; comme *toniques*, dans les relâchements des parois vaginales et de l'appareil suspenseur de l'utérus; comme *sédatives* et *calmants*, dans certains cas de névralgie pelvienne et d'utérus irritable.

Faut-il faire des injections pendant la *période menstruelle*? La plupart des auteurs de la génération qui nous a précédés conseillaient de s'abstenir de toute injection pendant les règles, et ils avaient sans doute raison d'agir ainsi, les chances d'infection étant plus grandes à cette époque. Actuellement, on doit recommander les injections, même pendant les règles, dans tous les cas où il existe une infection blennorrhagique, même ancienne, du vagin, de l'utérus et des annexes; on sait en effet que le gonocoque voit sa virulence se réveiller pendant les règles et il y a tout avantage à ne pas laisser le sang stagner et se former en caillots dans le vagin. Mais, comme il serait dangereux, d'autre part, d'arrêter l'écoulement sanguin, il faut faire les injections sous très faible pression et employer des injections tièdes à 33°,

35°, les injections très chaudes comme les injections très froides pouvant, dans certains cas, arrêter brusquement les règles. Ajoutons que la malade devra redoubler de précautions antiseptiques pour ne pas s'infecter avec la canule de son injecteur.

Les injections pendant la *grossesse* sont utiles pour la mère, dont le vagin est ainsi aseptisé au moment de l'accouchement, ce qui diminue d'autant les chances de complication puerpérale ; elles sont utiles aussi pour l'enfant, l'ophtalmie purulente des nouveau-nés reconnaissant pour cause absolue la présence de gonocoques dans le vagin. Là aussi, les injections devront être tièdes et sous faible pression pour ne pas déterminer de contractions utérines qui pourraient aboutir à une fausse couche.

Très exceptionnellement les injections vaginales ne peuvent pas être tolérées par certaines malades névropathes qui éprouvent, à la suite de leur emploi, une recrudescence de névralgie pelvienne, du ballonnement du ventre, quelquefois des nausées et même des vomissements ; dans ce cas on est forcé de se contenter de lotions vulvaires et de bains utéro-vaginaux faits matin et soir. Dans les poussées aiguës de salpingite, avec ou sans pelvi-péritonite, lorsque les douleurs sont très violentes et lorsque la malade ne peut supporter sans danger la moindre fatigue, on s'abstiendra provisoirement des injections. A ces deux cas se bornent les *contre-indications* des injections vaginales.

Action due à la température du liquide.

Il est bon de résumer, à cette place, quelques expériences établissant l'action propre de la température de l'eau employée en injections vaginales, indépendamment de la composition chimique des solutions que nous allons, tout à l'heure, passer en revue.

Lorsqu'on projètte sur un col congestionné, préalablement mis à nu à l'aide du spéculum, un jet d'eau glacée, le col diminue de volume et pâlit aussitôt ; mais, quelques instants plus tard, la coloration violacée reparaît avec une intensité plus grande. Ce qui indique que si l'on veut obtenir un résultat durable par les injections froides, il faut faire des injections prolongées et souvent répétées. Aussi, en clinique, voit-on peu de malades bénéficier des injections froides, et, dans certaines circonstances, il

survient, sous l'influence de cette médication, des névralgies pelviennes souvent difficiles à guérir.

Les injections d'eau à la température du milieu ambiant (15° à 18°) ne modifient que très peu l'état congestif du bassin, aussi ne sont-elles applicables qu'aux personnes bien portantes, encore ont-elles l'inconvénient d'éveiller facilement la névralgie lombo-abdominale, surtout chez les arthritiques.

Lorsqu'on projette sur un col congestionné, visible au fond du spéculum, un jet d'eau chaude à la température de 40° à 45° on voit, comme pendant l'injection d'eau très froide, le col diminuer de volume d'une façon assez notable pour que le cervicimètre puisse en donner la preuve, et la coloration violacée s'atténue considérablement. Au bout de quelques instants, à la première injection, le résultat obtenu ne se maintient pas, mais, si on recommence l'expérience plusieurs fois dans la même journée et plusieurs fois de suite, la diminution de volume du col, et la décongestion mesurée par la décoloration du museau de tanche deviennent durables et persistent d'une injection à l'autre. Ajoutons que les injections chaudes ne donnent jamais lieu à des poussées névralgiques que nous avons notées après l'emploi de l'eau très froide, et il sera bien établi que tout l'avantage est en faveur des injections chaudes.

L'eau tiède est plus spécialement calmante et sédative et convient dans les cas où la sensibilité des organes pelviens est très vive sans qu'il existe d'état congestif très accentué. L'eau très chaude (40° à 45°) est non seulement décongestive, mais encore hémostatique et résolutive et tonique ; elle convient dans tous les cas où l'on veut décongestionner le bassin, diminuer les flux hémorrhagiques, favoriser la résorption des exsudats périmétriques ou réveiller la vitalité de l'utérus en état de subinvolution après un accouchement ou une fausse couche. C'est dire que les injections chaudes sont la règle et les injections tièdes l'exception.

Par injections chaudes, nous voulons dire des injections faites à une température aussi élevée que la malade peut le supporter. Dans certains cas, on peut, sans inconvénients, aller jusqu'à 48° à 50°, tandis que d'autres fois, il faut faire pendant une ou deux semaines des injections à 35° avant d'en venir aux injections très chaudes. Nous conseillons du reste de ne pas dépasser, en général, 45° à 48°.

Action due à la composition du liquide.

Nous n'avons pas l'intention de donner la liste complète des substances qu'on emploie, en solution dans l'eau tiède ou l'eau chaude, pour les injections vaginales ; nous citerons surtout celles qui sont le plus employées et dont nous faisons le plus souvent usage dans notre pratique personnelle. Les doses suivantes sont celles qu'on doit formuler pour un litre d'eau :

Antiseptiques : Sublimé corrosif : vingt-cinq centigrammes à une gramme pour un litre d'eau (éviter l'emploi de la liqueur de Van Swieten et des autres solutions dans lesquelles le sublimé est dissous dans l'alcool avant d'être mélangé à l'eau de l'injection) ; — Acide phénique dix grammes pour un litre d'eau ; — Acide borique 30 à 40 grammes ; — Sulfate de cuivre ou sulfate de zinc 3 à 5 grammes ; — Permanganate de potasse 0,20 à 1 gramme ; — Chloral 10 grammes ; — Chlorate de potasse 0,50 à 1 gr. ; — Résorcine 20 grammes ; — Chlorure de zinc 10 grammes ; — Nitrate d'argent 10 à 15 grammes ; — Teinture d'iode (voir plus loin).

Les injections antiseptiques peuvent être tièdes ou chaudes ; on préférera les injections chaudes, quand il y a lieu de rechercher, en même temps que l'effet antiseptique, un effet résolutif, hémostatique ou simplement décongestif ; les injections tièdes sont préférables lorsqu'on désire surtout produire une action sédative en même temps qu'antiseptique.

Résolutifs : Nous venons de dire que l'on peut se contenter de solutions chaudes antiseptiques pour obtenir l'action résolutive que l'on a le droit d'attendre des injections vaginales. Nous ajouterons seulement que, chez les sujets lymphatiques, on utilise avec avantage, contre les vieilles paramétrites, les injections glycéro-tanniques iodées faites avec le mélange suivant (Chéron) :

Glycérine........................	350 grammes
Tannin...........................	50 grammes
Teinture d'iode..................	10 grammes

une à deux cuillerées à soupe de cette solution pour un litre d'eau chaude.

Hémostatiques : L'eau chaude, employée en injections vaginales, est par elle-même un puissant hémostatique ; on y ajoutera

avec avantage, pour un litre d'eau soit 5 grammes de solution normale de perchlorure de fer, soit 20 grammes d'antipyrine. L'eau chloroformée à 2 % peut également être utilisée contre certaines hémorrhagies et en particulier contre les hémorrhagies de l'épithélioma du col.

Toniques : Tannin, alun, feuilles de noyer, roses de Provins, grande consoude, borax, sous-acétate de plomb. Dix grammes de ces diverses substances pour un litre d'eau tiède servent à faire des injections toniques et astringentes auxquelles on accorde généralement une certaine valeur comme traitement prophylactique du prolapsus de l'utérus et du vagin ou comme adjuvant des autres procédés de guérison de ces affections.

Calmants et sédatifs : Je ne citerai que pour mémoire les injections à la belladone, à l'opium, à la jusquiame, au datura, au tabac, à la ciguë, à la morelle. On n'utilise plus guère ces injections qu'on remplace avantageusement par des suppositoires rectaux à la belladone, à la jusquiame et à l'extrait thébaïque ou par des lavements laudanisés, ou mieux encore, dans les affections aiguës, par les injections sous-cutanées de morphine. Disons seulement que les injections tièdes à l'acide borique, à l'eau de son, à la guimauve, au pavot, sont parfois indiquées dans les états névralgiques du petit bassin, à titre provisoire ; une fois la douleur calmée, on s'adressera de préférence aux autres variétés d'injections, précédemment énumérées, suivant les indications de chaque cas.

Les appareils à injection doivent être simples et faciles à nettoyer. Aussi, se sert-on actuellement de réservoirs d'une contenance de 2 litres à 4 litres au maximum, en verre ou en caoutchouc, munis d'un tube de caoutchouc fermé par une pince presse-tube (bien préférable aux anciens robinets en ébonite) et terminé par une canule en verre ou une canule métallique.

Les récipients en verre se nettoient avec l'eau chaude et avec le sublimé à 1/1000 ; les récipients en caoutchouc et les tubes en caoutchouc, par le séjour pendant 1/4 d'heure au moins dans l'eau bouillante. La canule de verre est aseptisée à l'eau bouillante et maintenue en permanence dans une solution de sublimé à 1 ‰ ; après chaque injection elle devra être rincée soigneusement, plongée dans l'eau bouillante, puis placée dans le bain de

sublimé. La canule métallique, rincée après chaque injection, est également aseptisée par l'eau bouillante, puis séchée, flambée à la lampe à alcool et maintenue dans une solution phéniquée à 4 %, jusqu'au moment d'en faire usage.

L'asepsie des instruments est donc facile et il n'est aucune malade qui ne puisse apprendre à faire des injections nullement dangereuses au point de vue des infections ou des réinfections locales.

Les injections de propreté se font dans la position accroupie, sur un bidet. Le réservoir contenant le liquide doit être placé à 50 ou 70 centimètres au-dessus du siège de la malade, ce qui donne une pression toujours suffisante et sans danger.

Les injections curatives doivent être prises dans la position horizontale. Si la malade peut le faire, le mieux est qu'elle se place en travers de son lit, les pieds appuyés sur deux chaises, le siège reposant sur une alèse de toile caoutchoutée (lavée soigneusement avant chaque injection) pliée en gouttière pour porter l'eau de l'injection dans un réservoir disposé au pied du lit, entre les jambes de la patiente. Si la malade ne peut être déplacée sans inconvénients, on lui glissera sous le siège un bassin muni d'un tube de déversement qui portera l'eau dans un récipient disposé près du lit.

Les injections faites par le médecin lui-même, soit avant un examen, soit avant une intervention quelconque, doivent être pratiquées de la façon suivante. Les mains de l'opérateur et la canule ayant été aseptisées au préalable, la vulve ayant été lavée et lotionnée avec une solution antiseptique, le médecin entr'ouvre l'orifice vulvaire avec deux doigts de la main gauche et introduit, dans le vagin, la canule tenue de la main droite. La canule doit déplisser successivement tous les plis et replis du vagin, les irriguer minutieusement, aidée au besoin par un doigt de la main gauche qui la dirige dans sa marche vers les culs-de-sac ; il faut avoir soin de laver tout particulièrement le cul-de-sac postérieur où se cantonne souvent la blennorrhagie chronique et où stagnent les sécrétions de l'utérus. Les culs-de-sac nettoyés à fond, on irriguera de même successivement tous les plis du vagin d'arrière en avant, jusqu'à ce que l'eau ressorte très claire. Après l'injection (et cette précaution est surtout né-

cessaire après les injections au sublimé), on essuiera avec soin le vagin dans toute sa hauteur et surtout au niveau du cul-de-sac postérieur, avec des boulettes d'ouate hydrophile, de peur qu'il n'y ait une absorption trop grande de sublimé et par suite de l'intoxication.

Des injections, ainsi pratiquées, ont réellement une action antiseptique qui n'est pas à négliger, alors même qu'on ne donne que des soins médicaux à la malade ; elles sont le prélude obligé de toute intervention chirurgicale portant sur les organes génitaux de la femme. On ne saurait les faire avec trop de soins.

2° *Irrigations vaginales.*

Les irrigations vaginales très prolongées peuvent être indiquées dans certaines formes d'hémorrhagies liées à l'existence d'un fibrome utérin ou d'un épithélioma du col. M. Chéron a employé les irrigations tièdes de 40 litres de liquide, faites, en deux fois, tous les jours, dans le cancer utérin inopérable, dont elles représentent, à son avis, un bon traitement palliatif, en arrêtant les hémorrhagies, en désinfectant les sécrétions du néoplasme et peut-être même en retardant son évolution. Dans les hémorrhagies liées aux tumeurs fibreuses, on utilise, au contraire, les irrigations chaudes (45° à 48°).

Les irrigations chaudes prolongées sont contre-indiquées, chez toutes les personnes affaiblies, ayant des règles peu abondantes, car elles pourraient causer une aménorrhée rebelle. Nous avons vu, chez des femmes accouchées depuis cinq à six mois, un an même, les règles ne pas reparaître parce qu'on avait abusé, chez elles, des irrigations chaudes. La superinvolution n'est pas rare, dans les mêmes circonstances. Après le curettage, les mêmes inconvénients peuvent être la conséquence d'irrigations chaudes trop abondantes et trop prolongées. Il ne faut donc recourir à ce mode de traitement qu'avec prudence et quand l'indication en est précise, en évitant de continuer cette médication sans nécessité absolue.

De tous les appareils destinés à pratiquer les irrigations vaginales continues, le plus remarquable, celui qui remplit le mieux toutes les conditions et permet d'employer les irrigations pendant un temps aussi long qu'il en est besoin, sans fatigue

pour la malade, est assurément le bassin siège à irrigation continue d'Arsène Audouin.

Cet appareil se compose d'une banquette capitonnée sur laquelle se couche la malade, de façon que le siège vienne reposer sur le bord d'un bassin central en zinc qui est en communication directe avec un récipient placé sur la banquette. A l'une de ses extrémités se trouve placé un château d'eau, contenant 20 litres de liquide, supporté par une colonne de cinquante centimètres de hauteur ; deux robinets placés à la partie inférieure permettent d'adapter le tube qui porte la canule au château d'eau de façon à avoir une pression faible ou forte. L'écoulement complet du liquide contenu dans le château d'eau est à peu près de quarante minutes.

Le grand avantage de cet appareil est de permettre à la malade de prendre une irrigation de longue durée sans aucune manipulation désagréable, sans mouiller ses vêtements ni aucune partie du corps autre que la vulve. Cet appareil peut être employé chez des malades très affaiblies sans les exposer à une fatigue qu'elles ne pourraient supporter sans inconvénient ou sans danger.

3° *Douches vaginales.*

Les douches vaginales ne sont que très exceptionnellement utiles, et trop souvent, elles congestionnent l'utérus, réveillent la névralgie lombo-abdominale et par suite présentent de véritables inconvénients. En gynécologie, nous conseillons de s'en abstenir d'une façon absolue. Nous ne les employons que dans un cas, nous voulons parler de la rétention du placenta après un avortement.

Dans ce cas particulier, le col ayant été mis à nu à l'aide du spéculum, nous projetons, sur le museau de tanche, avec une pression de 1 m. 50 à 2 mètres, deux à trois litres d'eau chaude phéniquée, dans le but de solliciter des contractions expulsives de l'utérus. Le vagin est essuyé avec de la ouate hydrophile et la malade se place, dans son lit, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin, de manière à mettre le col de l'utérus dans l'axe du vagin. Il est fréquent alors de voir se produire l'expulsion du placenta dans les deux heures qui suivent. (Chéron).

Les injections vaginales d'acide carbonique ou de chloroforme ont été conseillées autrefois par Scanzoni, dans les névralgies pelviennes et dans la dysménorrhée. Elles sont abandonnées aujourd'hui et il est inutile de nous y attarder. (*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1895.

TUMEUR ABDOMINALE.

M. Routier fait un rapport sur une observation adressée par M. Potherat. Il s'agit d'une femme qui avait une tumeur abdominale, sur la ligne médiane, se portant un peu à droite. Pensant avoir affaire à un kyste ovarique, M. Potherat fait la laparotomie médiane et se trouve en présence d'une tumeur recouverte par l'épiploon et un lacis vasculaire partant de cet épiploon. Il y fait une boutonnière pour arriver sur la tumeur et la décortiquer ; celle-ci lui vient facilement dans la main ; elle n'avait pas le moindre pédicule. Il restait une surface cruentée, saignant peu d'ailleurs. M. Potherat referme le ventre sans avoir eu à lier de pédicule. Cette tumeur du mésentère, grosse comme une tête d'adulte, était en grande partie solide avec quelques parties kystiques. C'était un sarcome à grandes cellules.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE.

Séance du 10 *janvier* 1895.

AVORTEMENT BRUSQUÉ DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE GRAVE DUE AU DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE, AU COURS D'UNE FAUSSE COUCHE PROLONGÉE. — INCISIONS LARGES DU COL UTÉRIN.

M. Doléris. — Le cas dont l'observation suit est un de ces exemples exceptionnels de la possibilité d'hémorrhagies graves et répétées au point de devenir menaçantes pour la vie, au cours d'un avortement prolongé.

Dans cette circonstance, le décollement du placenta s'est fait

lentement et par étapes, comme s'il s'agissait d'un placenta prævia, sans qu'aucune modification survînt dans l'état de l'utérus. Aucune contraction du corps utérin, aucun changement du col ne se sont produits. L'œuf est resté intact et l'utérus inerte, pendant que l'hémorrhagie se reproduisait pour ainsi dire quotidiennement, alternativement abondante et discrète jusqu'au moment où l'état de la malade très anémiée est devenu subitement inquiétant. Des syncopes fréquentes, une dépression générale, avec une excitation nerveuse singulière, menaçaient d'amener rapidement la mort ; le tamponnement vaginal s'étant montré insuffisant à juguler la perte de sang, j'ai dû intervenir et vider la matrice par un procédé rapide. C'est dire que j'ai dû renoncer à employer les moyens ordinaires destinés à provoquer le travail et procéder à l'avortement forcé ou brusqué en frayant la voie au fœtus et à l'œuf, par le moyen de larges incisions sur le col utérin et l'évacuation de la cavité utérine. La malade après avoir traversé des alternatives variables, a heureusement guéri (1).

Voici l'observation rédigée par mon interne M. Chéron :

La nommée B..., âgée de 23 ans, corsetière, entrée le 17 décembre 1894, à la Maternité de la Pitié.

Antécédents héréditaires : Père mort. Mère vivante et bien portante.

Antécédents personnels : Jamais malade. Nerveuse.

Réglée à 15 ans. Les règles furent irrégulières, abondantes, apparaissant en général à des époques très rapprochées ; elles sont peu douloureuses.

A l'âge de 18 ans, elle fut enceinte pour la première fois.

1re *Grossesse*. — Elle évolua sans aucune complication jusqu'à terme. L'expulsion de fœtus se fit par le sommet. Après la délivrance, une hémorrhagie abondante se produisit accompagnée de perte de connaissance et qui exigea une piqûre d'ergotine.

2e *Grossesse*. — Elle eut lieu à 21 ans. Elle évolua sans grand accident, excepté une hémorrhagie qui se produisit au 2e mois, fut très peu abondante, et n'obligea pas la malade à prendre un repos absolu. Cette perte eut une durée de 3 semaines.

L'accouchement eut lieu à 8 mois et 8 jours, d'un enfant vivant.

(1) Elle ne conserve aujourd'hui 1er février que de la faiblesse et une profonde anémie.

3e *Grossesse*. — Pendant toute la durée de cette grossesse, la malade eut d'abondantes et continuelles hémorrhagies. Elles commencèrent au 2e mois et durèrent jusqu'à 6 mois, époque où se fit l'expulsion de l'œuf. Parmi ces hémorrhagies, une fut plus particulièrement abondante ; elle eut lieu au 4e mois de la grossesse ou plus exactement au 27 février 1893.

Elle s'accompagna de tous les symptômes habituels des grandes hémorrhagies ; tendance aux vertiges, aux lipothymies, à la syncope ; refroidissement des extrémités, si bien que la sage-femme appelée auprès de la malade pratiqua le tamponnement vaginal. L'hémorrhagie cessa, mais la malade restait encore très déprimée et dut garder le lit pendant un mois environ. Ce n'est que deux mois après cette hémorrhagie que se fit l'expulsion de l'œuf. Au moment de la délivrance, la quantité de sang fut minime, absolument normale.

4e *Grossesse ou grossesse actuelle*. — Les règles eurent lieu pour la dernière fois au 11 août 1894. Dans le courant du mois qui suivit, la malade observa la série des phénomènes sympathiques qui s'étaient présentés au début des grossesses précédentes : gonflement des seins, picotements, nausées, vomissements, etc. Ces troubles permirent d'assurer la date de début de la grossesse ; bientôt, au 2e mois, apparurent des hémorrhagies.

Elles eurent lieu pendant toute la durée de la gestation c'est-à-dire depuis le commencement d'octobre jusqu'au 2 janvier 1895, époque de l'expulsion.

Elles furent peu abondantes, mais continuelles au début, la malade ne restant pas un jour sans perdre une petite quantité de sang, malgré le repos absolu au lit, observé depuis le début de ces hémorrhagies.

Le 17 décembre, la malade fut prise de petites douleurs qui simulèrent un début de travail, si bien qu'elle se fit transporter à l'hôpital ; après son arrivée, les douleurs cessèrent complètement, mais les hémorrhagies continuèrent, augmentant d'abondance, et se répétant à des intervalles très courts.

Vers le 22 décembre, nouvelle apparition des douleurs, faisant penser encore à un début de travail, disparaissant au bout de quelques heures.

Le 25 décembre, nous procédons à l'examen complet de la malade.

Examen général. — La malade présente le facies habituel des grandes anémiées. Le visage est pâle, les lèvres sont blanches, décolorées, le pouls présente une tension faible, les pulsations sont rapides ; du côté des autres organes, rien d'anormal.

Les urines sont normales. Pas de syphilis ni du côté de la malade ni du côté du mari.

Examen obstétrical. — Le fond de l'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; par la palpation, on ne distingue pas de région fœtale ; il n'y a pas de contractions utérines.

On n'entend pas les bruits du cœur.

Toucher vaginal :

Le col est légèrement ramolli, permet l'introduction de la pulpe du doigt dans l'orifice externe ; il ne présente aucun degré d'effacement.

Du côté des seins, par une légère pression, on fait écouler une petite quantité de colostrum.

Les jours suivants, on constate les mêmes signes, l'hémorrhagie continue en très faible quantité et les contractions utérines font toujours défaut.

Mais l'état anémique de la malade s'accentue tous les jours et le 1er janvier, sans qu'il y ait eu une hémorrhagie plus abondante la malade perd plusieurs fois connaissance dans la journée ; on est obligé de recourir à la potion de Todd, à la caféine, aux piqûres d'éther ; vers les 3 heures de l'après-midi, hémorrhagie profuse qui nécessite le tamponnement ; ce dernier est traversé, ainsi qu'un second, qui est appliqué à 7 h. du soir.

2 janvier. En présence de la continuité et de la gravité des hémorrhagies, de l'état anémique très grave de la malade, de l'état syncopal, de l'absence de tout travail, M. Doléris se décide à intervenir et à évacuer l'utérus.

La malade est mise en travers du lit ; on procède au lavage de la vulve, à l'injection vaginale, et sans pratiquer l'anesthésie chloroformique qui eut été dangereuse, étant donné l'état affaibli et anémique de la malade, on introduit deux valves dans le vagin ; on pince le col avec la pince de Museux, puis on dilate le col avec les bougies d'Hégar ; mais ce dernier présente des parois rigides, très peu dilatables, dans toute leur étendue, jusqu'au niveau de l'isthme où on sent un relief saillant qui met obstacle également à la dilatation.

Les bougies d'Hégar présentant un calibre insuffisant, on recourt au ballon de Barnes ; un premier ballon mis dans le col éclate sous la pression de l'air ; un second est introduit, puis retiré ; mais pendant la distension de ce ballon, sous l'influence de la dilatation forcée du col, la malade perd subitement connaissance, le pouls devient encore plus faible, les pulsations disparaissent ; on est alors obligé de recourir aux piqûres d'éther, de caféine, au Todd.

Au bout de quelques minutes, la malade revient à elle ; on peut reprendre l'opération.

La dilatation du col est insuffisante pour donner passage au fœtus. L'orifice interne reste obstinément contracté et dur.

M. Doléris sectionne alors latéralement le col, dépassant dans sa section, l'insertion du cul-de-sac du vagin pour aller intéresser le sphincter cervical jusqu'au-dessus de l'isthme, qui est également contracté. Dans cette section, l'opérateur se tient dans le tissu utérin, évitant, par conséquent, l'incision du vagin et l'ouverture des plexus veineux qui siègent au niveau du dôme vaginal.

On ouvre la poche des eaux qui est intacte ; il s'écoule un liquide très fortement coloré en brun.

On procède à l'extraction du fœtus, qui ne peut se faire que par fragments.

Pour cette extraction, on se sert d'une pince ovale à larges fenêtres.

On retire successivement les membres inférieurs, les viscères de l'abdomen et du thorax. Le thorax et les membres supérieurs viennent facilement ; on broie la tête, pour permettre son passage.

On procède alors à l'extraction du placenta, qu'on retire très facilement en l'enroulant autour d'une pince, fenêtrée et dentée. Derrière le placenta, entre lui et le fond de l'utérus, on retire un grand nombre de caillots, les plus anciens fibrineux, les autres plus ou moins récents, cruoriques, de coloration noirâtre, dont le poids est évalué à 240 gr.

Le placenta pesé à part est de 240 gr. Les fragments du fœtus sont de 330 gr.

Un curettage, un écouvillonnage et une injection intra-utérine complètent l'opération.

Suture du col ; deux points au catgut de chaque côté.

Pansement intra-utérin.

Après l'extraction du placenta, on administre une piqûre d'ergotine pour éviter une nouvelle perte de sang en pareil cas.

Le globe utérin est dur et résistant. Pendant toute la journée on soutient les forces de la malade qui, bien qu'elle n'ait perdu que peu de sang pendant l'opération, a l'aspect absolument exsangue : champagne, Todd ; on l'alimente avec du lait et du bouillon ; on pratique à deux reprises différentes, deux piqûres de caféine, plus une injection de sérum de 20 grammes.

3 janvier. — Température montée à 38°8, le pouls est à 125, aucune douleur abdominale, aucune douleur dans le bas-ventre, mais toujours extrême faiblesse de la malade. Pendant la nuit, la malade a, en dormant, une garde-robe dont elle n'a pas conscience.

Traitement. — Identique, excepté l'injection de sérum qui fait défaut.

4 janvier. — La température reste à 38° le matin et monte à 39 le soir, où la malade présente un grand frisson.

Grande faiblesse de la malade, qui répond mal aux questions, présente un certain degré de stupeur.

Traitement. — Todd, champagne, injection de 20 gr. de sérum. Ablation du tampon et injection intra-utérine d'eau boriquée ; en quatre doses, à l'intérieur, un gramme de salol.

L'examen vaginal ne révèle aucune lésion attribuable à une infection bien évidente.

5 janvier. — Température 38° le matin et 39°5 le soir. Pouls 130 le matin et 158 le soir. Exagération dans les phénomènes d'abattement et de stupeur.

Abondante diarrhée dans la nuit ; — même traitement, mais en plus inhalations d'oxygène, 2 grammes de salicylate de bismuth en 6 fois, injections de sérum de 75 grammes.

6 janvier. — Symptômes d'abattement, de prostration moins marqués ; la malade répond aux questions, elle a dormi une grande partie de la nuit, la température a baissé, le matin 38°5.

Le ventre est légèrement douloureux, mais non ballonné, il reste souple, le toucher vaginal ne fait rien constater, sinon, une légère douleur au niveau de la trompe droite ; en outre, la malade ne peut uriner seule : toutes les fois catéthérisme.

Traitement. — Glace sur le ventre, pour diminuer la douleur; 40 grammes de sérum, une piqûre de caféine.

J'ai hésité quelque temps au début pour savoir à quelle cause je devais attribuer la fièvre, mais je n'ai pas tardé à me ranger à l'idée d'une infection légère. Cela, d'autant que l'ancienneté de l'hémorrhagie et la pénétration facile et probable des germes du vagin dans l'utérus, avant même l'intervention, prêtaient à cette idée quelque vraisemblance, malgré l'antisepsie soigneuse à laquelle j'avais procédé.

N. B. J'ai eu plus tard l'explication de ces accidents. En examinant directement le col de la malade, j'ai trouvé la commissure droite du col partiellement désunie et une trace d'eschare à ce niveau témoignait d'un point infecté. De là, la sensibilité utérine à droite et les phénomènes fébriles qui ont été sans doute exaltés par l'état anémique profond.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

GROSSESSE TUBAIRE.

M. Malherbe présente les annexes de l'utérus d'une femme âgée de trente-quatre ans qui entra à l'hôpital avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Cette malade portait une tumeur inguinale et on fit l'ouverture du sac; on trouva du sang liquide et un caillot, que l'on suivit jusque dans l'abdomen, provenant de la rupture d'une des trompes. Après nettoyage de la cavité abdominale, on fit l'ablation des annexes ; on vit qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire. La tumeur est du volume d'une noix, on ne découvre ni cavité amniotique ni villosités à l'œil nu. L'examen histologique sera fait ultérieurement.

CANCER DE L'UTÉRUS

M. Perron signale un cas de cancer de l'utérus, avec dilatation des uretères et atrophie d'un des reins, ayant présenté complètement le tableau de la néphrite interstitielle classique. L'œdème très intense et persistant du membre inférieur droit, dû à la compression de la veine iliaque par des ganglions cancéreux, pouvait seul faire songer à un néoplasme.

MM. Marie et Rabbé montrent le cœur d'un individu de

55 ans, alcoolique, n'ayant jamais eu de maladie infectieuse, et qui présentait depuis deux mois de la dyspnée très violente. La lésion du cœur consistait en une transformation fibreuse de la plus grande partie du ventricule gauche qui était aminci et rempli de caillots fibrineux ; MM. Marie et Rabé attribuent cette sclérose à un ancien infarctus survenu à la suite de l'oblitération de la branche artérielle interventriculaire antérieure.

(*Bull. méd.*).

REVUE DE LA PRESSE

UNE ÉPIDÉMIE DE VULVITE A GONOCOQUES ; TRANSMISSION PAR UN THERMOMÈTRE.

MM. Weill et Barjon (de Lyon). — Nous avons eu l'occasion, à propos d'une épidémie de vulvite à gonocoques observée à la clinique des enfants, de reconnaître, après une enquête approfondie, que l'agent de la contamination était le thermomètre employé pour prendre la température rectale.

Le point de départ de cette épidémie fut une petite fille qui présentait dès l'entrée un écoulement riche en gonocoques.

Deux faits nous frappèrent dans cette épidémie : d'une part, les vulvites distribuées très irrégulièrement, sautant des lits, et, d'autre part, la rapide dissémination de l'épidémie, à partir du jour où une de nos petites malades, une typhique, fut atteinte de vulvite.

Le rapprochement de ces deux faits éveilla au moins l'idée de la propagation possible par le thermomètre, et en recherchant avec soin comment les températures étaient prises, nous ne pûmes que persévérer dans cette voie. En effet, la température rectale était prise matin et soir chez toutes nos malades par les sœurs du service ; trois thermomètres étaient mis à leur disposition. Après chaque prise, le thermomètre était trempé rapidement dans une solution d'eau phéniquée à 25 %, essuyé avec un linge et plongé dans un pot de vaseline boriquée pour faciliter son glissement. Ce mode de nettoyage était évidemment insuffisant.

La contamination par le thermomètre nous expliquait toutes les particularités de l'épidémie. La température était prise sans ordre, la succession des opérations se faisant au gré de la personne qui en

était chargée et qui passait de droite à gauche, d'un bout de la salle à l'autre, comme l'épidémie décrite. D'autre part, la rapide dissémination à partir du jour où la vulvite se déclara chez une enfant atteinte de fièvre typhoïde prenait une signification très claire, puisque nos typhiques baignées subissent l'introduction du thermomètre huit fois par jour et souvent seize fois. Il y avait évidemment là, dans l'hypothèse où nous nous placions, une justification des faits observés. Au surplus, les mesures prophylactiques employées fournirent la preuve décisive que le thermomètre était bien l'agent de transmission de la vulvite chez nos malades.

Fait intéressant, nous avons observé, concurremment avec les vulvites à gonocoques, d'autres vulvites sans gonocoques. Ces dernières étaient toutes d'importation. Pas une ne fut contractée dans le service ; c'est là une nouvelle preuve en faveur de la distinction radicale qu'il y a lieu d'établir entre les deux ordres d'écoulement.

Jamais l'inoculation n'a été anale.

M. E. Dupré rappelle, à propos de la communication de M. Weil, qu'en 1889 il a communiqué à la Société de biologie le résultat de recherches bactériologiques par lesquelles il démontrait expérimentalement la spécificité gonococique de la vulvo-vaginite infantile.

(*Bull. méd.*).

ENTÉROCÈLE VAGINALE,

par C. A. Daigle, M. D., Montréal.

L'entérocèle vaginale est produite par la descente de l'intestin grêle dans le canal vaginal. Cette descente s'effectue de la manière suivante : Une anse intestinale emprisonnée dans le cul-de-sac de Douglas, dilate ce prolongement séreux et vient s'appliquer entre le rectum et le vagin dont il déprime la paroi. La souplesse de ces parties chez certaines femmes et la pression exercée sur l'intestin vaginal par l'utérus gravide produisent cette descente. Il peut se faire une inverson complète du vagin qui se trouve repoussé entre les grandes lèvres où il se forme une tumeur sphérique, pyriforme, remplie d'anses intestinales. On constate par le toucher la présence de cette tumeur. Elle est réductible et laisse après sa réduction une dépression notable de la paroi vaginale. Elle a tous les caractères des autres hernies ; elle augmente de volume par la station verticale, la toux et les efforts. La femme peut éprouver un sentiment de gêne, de pesanteur et des troubles du tube digestif.

Cette hernie ne peut se produire entre l'utérus et la vessie à cause de la solidité des tissus qui unissent ces deux organes. Elle n'est guère observée que dans les accouchements, où elle peut augmenter de volume, se rompre ou se trouver fortement comprimée par la tête du fœtus, ce qui amènerait le sphacèle d'une partie de l'intestin et ses conséquences.

La réduction en est facile et peut être maintenue à l'aide d'un pessaire. La contention sera faite avec soin surtout si la femme est enceinte et pendant le travail de l'accouchement, afin d'éviter la compression et les suites d'un étranglement.

Telle est la description de la hernie vaginale, entérocèle, donnée par les auteurs qui disent ne l'avoir observée que très rarement, quelques-uns déclarent même ne l'avoir jamais rencontrée.

Observation. — Au mois d'août 1892, Madame X., enceinte de huit mois, accuse une gêne plus grande que d'habitude à la marche, et une pesanteur plus forte au périnée. Elle remarque à cet endroit une espèce de tumeur qui se refoule avec la main. A l'examen on constate qu'il existe en effet une proéminence à la vulve ; la grande lèvre du côté droit est refoulée en dehors. Cette tumeur descend de la paroi postérieure du vagin. Elle est molle, rénitente, augmente de volume par la toux et les efforts ; elle offre tous les caractères d'une hernie. La position horizontale et le taxis la font disparaître.

Le thrombus seul ou le rectocèle peuvent être ici confondus.

Le thrombus apparaît brusquement et il est signalé par une douleur vive. A peine l'accident s'est-il produit qu'on observe une ecchymose plus ou moins étendue. La tumeur prend une coloration violacée, bleuâtre et quelquefois noirâtre, qui est très caractéristique et facilite beaucoup le diagnostic d'ordinaire facile.

Ici il n'y a pas d'apparition brusque avec symptômes douloureux, mais une simple gêne, pesanteur qui s'accentue graduellement. La coloration n'est pas celle d'une tumeur sanguine, ni la consistance tout-à-fait la même ; et de plus, il y a tous les symptômes de hernie énumérés précédemment. Le toucher vaginal permet de constater que ce n'est pas une simple rectocèle, mais qu'il y a quelque chose entre le rectum et le vagin. La malade n'a pas de varices ; par contre elle a une hernie ombilicale, ce qui pourrait indiquer faiblesse des tissus et tendance aux hernies.

Des précautions sont prises pour éviter toute complication au jour de l'accouchement. Sur notre demande, on nous appelle dès les pre-

miers symptômes du travail. La malade est placée aussitôt sur son lit,un coussin sous le siège afin d'aider la réduction et la contention. L'intestin est refoulé dans l'abdomen par le taxis, mais comme il peut de nouveau glisser dans le vagin, la malade est priée en autant qu'elle le pourra de ne point faire d'efforts avant les grandes douleurs, c'est-à-dire avant la dernière période du travail, avant que la tête soit engagée dans la filière pelvienne et fasse l'office d'un bandage naturel.

L'intestin est surveillé en même temps que la dilatation et l'engagement de la tête ; et un tampon est tenu prêt à être mis en place pour le maintenir constamment si la chose devient nécessaire. Mais tout va bien : la femme ne fait pas trop d'efforts et laisse travailler son utérus seul jusqu'aux douleurs expulsives. La tête s'engage, la mère est alors avertie qu'elle peut s'aider et l'accouchement se termine promptement et heureusement. Rien ne se déclare dans la suite indiquant que l'intestin a souffert.

Cette femme n'a pas conçu depuis, et la descente de l'intestin qui avait due être causée par la compression intérieure exercée par le fœtus, ne s'est pas reproduite d'une manière sensible.

J'ai noté ce cas non qu'il soit d'une grande difficulté de diagnostic et de traitement, mais parce qu'il s'observe rarement et offre par sa nature un certain intérêt.

(*Un. méd. du Canada*).

UNE GROSSESSE DE ONZE MOIS.

L'an dernier, M. Bensinger a rapporté, dans *Centralblatt*, l'histoire d'une femme de 27 ans, tertipare. Les dernières règles ont apparu entre le 10 et le 15 août et des signes de grossesse ont fait leur apparition en septembre.

L'accouchement attendu, fin mai s'est produit le 12 juillet.

Le travail a duré 12 heures et a pris fin par l'expulsion naturelle d'un garçon vivant du poids de 6 kilogr. et mesurant 58 centimètres de long. La largeur des épaules était de 18 centimètres.

Voici les principaux diamètres céphaliques : OF, 12,75 centimètres ; OM, 15 ; SOB, 10,5 ; BP, 10,25.

L'auteur estime que ce cas se rapporte bien certainement à une grossesse prolongée de près de 2 mois.

Il n'est pas mauvais, en médecine légale, de se rappeler que par

exception la grossesse peut avoir une durée supérieure à celle qui lui est assignée par la loi (300 jours au maximum).

(*Journn. d'Accouch.*).

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INFLUENCE DE LA LAPAROTOMIE SUR LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

M. N. Stchégoleff. — Mes recherches ont porté sur des chiens, à qui j'inoculais, dans le péritoine, des cultures de tuberculose humaine. Un certain nombre de ces chiens ont été laparatomisés, à des intervalles variables ; d'autres chiens, inoculés en même temps, sont restés en expérience, sans intervention chirurgicale et ont servi d'animaux témoins. Les animaux laparotomisés ont été sacrifiés au bout d'un laps de temps plus ou moins long et l'examen histologique de leur organe a été pratiqué en détail. Voici les conclusions auxquelles je crois pouvoir arriver, à la suite de ce travail ;

1° La péritonite tuberculeuse des chiens peut guérir par la laparotomie ;

2° La guérison n'est possible qu'au début du processus ; lorsque la laparotomie est faite à une période avancée de la péritonite tuberculeuse, elle n'amène pas la guérison, mais simplement une amélioration aboutissant à une survie plus longue ;

3° Dans le processus de régression des produits tuberculeux du péritoine survenant après la laparotomie, le rôle principal revient à la réaction inflammatoire caractérisée par l'infiltration des cellules embryonnaires : la phagocytose et le développement actif du tissu conjonctif. Le faible processus réactionnel qui existe également chez les animaux non opérés, ne suffit pas pour arrêter le développement du processus morbide. Sous l'influence de certains agents physiques par l'intermédiaire desquels la laparotomie agit, le processus réactionnel devient plus accusé : les tissus qui entourent les foyers tuberculeux s'infiltrent de cellules embryonnaires qui forment une véritable barrière à l'extension du foyer, et entrent en lutte avec les bacilles qu'ils renferment ; les éléments jeunes s'organisant en tissu conjonctif jeune qui, à son tour, subit la transformation fibreuse ; enfin, les éléments spécifiques de la tuberculose périssent et sont résorbés ;

4° Il est probable que l'action curative que la laparotomie exerce sur la péritonite tuberculeuse tient à son ensemble d'agents physiques. Parmi ces derniers, il faut compter le traumatisme mécanique

que subit le péritoine pendant la laparotomie ; les influences thermiques ; la pénétration d'air dans la cavité abdominale et, peut-être encore, l'action de la lumière. L'ensemble de ces phénomènes agit d'une façon irritable sur le péritoine malade, et cette irritation est suivie d'une réaction inflammatoire plus ou moins intense, indispensable pour l'arrêt du processus morbide ;

5° Contrairement à l'opinion de Vierordt et à celle de Riva, l'évacuation exacte de l'exsudat de la cavité abdominale ne constitue pas la cause exclusive de la guérison. Dans mes expériences, la guérison par la laparotomie et la péritonite tuberculeuse s'observait justement dans les cas où pendant l'opération on ne trouvait pas de liquide dans le péritoine ;

6° Les chiens doivent compter parmi les animaux assez sensibles à la tuberculose. (*Le Bulletin médical.*)

TROIS CAS DE TÉTANOS DANS UN SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

M. Meinert a eu l'occasion d'observer trois cas de tétanos dans son service de gynécologie en l'espace de huit mois et avec une bonne foi qui l'honore, il s'accuse d'en avoir été deux fois la cause.

La première malade était déjà infectée quand elle arriva à l'hôpital. Huit jours avant son entrée et quatre jours après un avortement, elle avait déjà du trismus et de la raideur du cou. L'avortement et le tétanos semblent, chez elle, avoir été consécutifs à un coup de pied que son brutal mari lui avait donné à nu sur la vulve. Sous l'influence de lavements de chloral les spasmes diminuèrent, mais pour peu de temps. Soupçonnant la rétention de fragments placentaires, M. Meinert dilata l'utérus avec la laminaire, y introduisit une sonde de Bozeman et y fit des lavages sans rien ramener. La malade succomba après un séjour de cinq jours à l'hôpital.

La seconde malade était atteinte de cancer de l'utérus. Elle subit d'abord un currettage de l'utérus, puis l'ablation vaginale de cet organe. La mort survint onze jours après la première de ces interventions.

La troisième malade mourut du tétanos treize jours après une salpingo-oophorectomie.

Comme, dans les trois cas, on s'était servi de la même sonde de Bozeman pour faire des lavages utérins, M. Meinert pense que cet instrument a été l'agent de transmission de l'infection ; infecté par la première malade, il aurait contagionné les deux autres. Et de fait,

cette sonde ayant été mise de côté, on n'a plus observé de cas de tétanos dans le service.

Ces faits montrent quelle est la résistance du microbe tétanigène aux désinfections : à la clinique, tous les instruments étaient plongés dans l'eau bouillante pendant dix minutes, puis placés pendant un quart d'heure dans une solution phéniquée à 5 %. Les recherches de Kitasato sur le tétanos ont d'ailleurs montré que ces mesures sont insuffisantes pour en détruire l'agent pathogène (*Arch. f. Gynæk.*, XXXXIV et *Bull. méd.*).

Un cas d'hématôme de la vulve et du vagin survenu après l'accouchement.

Selon *Goldberg*, qui publie ce cas dans le dernier numéro du *Centralblatt*, les hématômes des parties génitales externes se produisant post-partum sont rares. *Winckel* estime que cet accident se produit une fois dans une série de 1600 accouchements.

L'observation de notre confrère allemand a trait à une dame L..., primipare, âgée de 20 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Cette personne, exempte de tare héréditaire, a eu une grossesse normale. Elle a mis spontanément au monde un gros garçon, après un travail de 3 jours, dont la longueur a reconnu pour cause la rigidité du col.

Il est bon de noter que la tête fœtale n'est pas restée longtemps à la vulve.

Après cet accouchement naturel, il s'est développé une tumeur vulvaire d'un volume assez grand.

Dix heures après l'expulsion de l'enfant, la femme se plaint de douleurs siégeant au niveau des parties génitales externes. Il y a chez elle 80 pulsations et 20 mouvements respiratoires par minute. La température est de 37°.

La patiente redoute l'attouchement le plus léger.

Inspection. — Tuméfaction colossale de la grande lèvre gauche et saillie de la portion périnéale correspondante.

La tumeur fluctuante de coloration bleue et du volume d'une tête d'enfant est très douloureuse.

Au centre de cette masse proéminente, le tissu cutané fait défaut et laisse à nu le panicule adipeux sur une surface de 3 centimètres carrés environ.

Toucher. — L'introduction du doigt dans le vestibule cause à la

femme de fortes douleurs. La tumeur s'avance dans la profondeur du vagin, mais il est impossible de la délimiter sans trop faire souffrir la patiente. L'utérus est parfaitement revenu sur lui-même.

Le diagnostic d'hématôme vulvaire ne souffre aucune difficulté dans ces sortes de cas.

Grâce aux applications de glace et à l'emploi des antiseptiques l'affection suit une marche bénigne. Le 4e jour après l'accouchement, le sang sort de la grande lèvre malade et après trois semaines de séjour au lit, l'accouchée peut se lever.

Il n'y a pas eu d'élévation de température. Cependant au niveau du périnée persiste une ouverture de la dimension d'une tête d'épingle où l'on peut introduire une sonde fine à une profondeur de 5 centimètres.

(*Journal d'accouchements.*)
Dr Lambinon.

OPÉRATION CÉSARIENNE CHEZ UNE FEMME A BASSIN NORMAL AU COURS D'UNE GROSSESSE NORMALE MÉCONNUE (Loviot) (1).

Il y a quelques mois, une nourrice que j'avais placée vint me trouver de la part de sa patronne qui craignait, en raison de certains signes, que sa nourrice ne fût enceinte, pour avoir mon avis à ce sujet. Après avoir demandé et obtenu l'agrément de la nourrice, je l'examinai et je reconnus une grossesse de 3 mois environ, assez nettement pour pouvoir être tout à fait affirmatif.

Depuis, j'avais perdu de vue la cliente et la nourrice, quand la tenancière d'un bureau où la nourrice s'était présentée peu après mon examen, en disant que je l'avais déclarée enceinte, mais qu'elle n'en croyait rien, m'apprit, il y a quelques jours, que la susdite avait été opérée récemment dans un de nos hôpitaux parisiens et qu'on avait extrait... un enfant qui se mit immédiatement à crier.

Je procédai à une enquête pour savoir si le fait signalé était exact, et je pus me convaincre en effet qu'après avis du chirurgien et de l'accoucheur de l'hôpital en question, et en raison des affirmations de l'intéressée qui n'était pas menstruée, en sa qualité de nourrice, et déclarait ne pas pouvoir être enceinte, on était intervenu avec le résultat que j'ai dit.

(1) Observation racontée par M. Loviot, à la séance du 7 juillet dernier de la Société Obst. de Paris.

Le fait me paraît important à signaler, non à cause de sa rareté, car il est malheureusement trop fréquent, mais pour mettre en garde contre une trop grande précipitation à intervenir chez des femmes bien portantes dont les tumeurs toutes physiologiques entreraient au temps prescrit en résolution spontanée.

STATISTIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS DANS 172 ABLATIONS DU SEIN POUR TUMEURS MALIGNES

M. Horner vient de publier les résultats à distance donnés dans 172 cas de tumeurs malignes du sein traités par l'amputation. Sur ce total, on compte 158 cas de cancer. L'opération par elle-même a causé 5,9 °/₀ de décès. La survie des cas de guérison opératoire a été en moyenne de 18,8 mois plus longue que pour les cas non opérés. M. Horner ajoute que l'on compte 17,7 °/₀ de guérisons définitives, c'est-à-dire sans récidive après plus de trois ans.

La statistique comprend quatorze cas de sarcome, dont l'âge moyen est d'un peu plus de trente-neuf ans. Treize de ces malades ont donné lieu à dix-sept interventions opératoires, et sur ce nombre on compte dix guérisons, c'est-à-dire une moyenne de 76,92 °/₀.

(*Beiträge zur klin. Chir.*, XII, n° 3, 1894.)

NOUVELLES

—

Société obstétricale de France. — La troisième session de la Société obstétricale de France se tiendra à Paris, du 18 au 20 avril prochain.

—

Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux. — A l'occasion de la XIIIe exposition que prépare la Société Philomatique de Bordeaux pour l'année 1895, la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de cette ville prépare un Congrès qui se tiendra du 12 au 16 août prochain, en même temps que le Congrès de médecine interne.

L'ouverture du Congrès aura lieu sous la présidence générale de M. le professeur Tarnier. Toutefois, chacune des sections aura son président spécial :

M. le professeur Le Dentu, pour la gynécologie ; M. le professeur Tarnier, pour l'obstétrique, et M. le professeur Lannelongue (de Paris) pour la pædiatrie.

—

M. le docteur William Goodel, le gynécologiste bien connu de Philadelphie, qui vient de mourir, a légué 50,000 dollars (250,000 francs) au Département médical de l'Université de Philadelphie, et 10,000 dollars (50,000 fr.) au Collège de Philadelphie.

—

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique en 1896. — Dans ce Congrès qui aura lieu à Genève, en septembre 1896, on discutera les questions suivantes qui sont mises à l'ordre du jour : *1° Traitement de l'éclampsie. 2° Traitement chirurgical des rétro-déviations. 3° Fréquence relative des rétrécissements pelviens dans les diverses races. 4° La meilleure méthode de suture abdominale pour prévenir l'éventration. 5° Traitement des suppurations pelviennes.*

—

Le docteur E. Toussaint, d'Argenteuil, vient d'être autorisé, par arrêté spécial, à créer un *Office Central de renseignements en vue de faciliter le recrutement des nourrices sur lieux, et le placement à la campagne des nourrissons parisiens.*

Cette nouvelle tranquillisera bien des familles. En effet, dans les grandes villes, et en particulier à Paris, où la jeune femme, devenue mère, *ne peut* ou *ne consent* que bien rarement à allaiter elle-même son enfant, le choix d'une nourrice mercenaire s'impose chaque jour dans des centaines de maisons ; et les personnes à la recherche d'une nourrice pour un nouveau-né ou pour un bébé malade, sont toujours extrêmement embarrassées, les bureaux de nourrices ne pouvant que très difficilement recruter et offrir des nourrices de bonne qualité.

Désormais, les médecins et les sages-femmes pourront, par l'intermédiaire de l'*Office Central*, procurer à leurs fragiles petits clients de saines et vigoureuses nounous sur lesquelles des renseignements détaillés et précis seront fournis par les médecins de leur pays d'origine. On conçoit que les femmes placées dans ces conditions présenteront aux familles la plus grande somme de garanties.

Nous sommes assurés que l'*Office* du docteur Toussaint rendra d'immenses services à la population parisienne.

—

Changement d'adresse. — Notre confrère E. Duval, fondateur de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, nous prie d'annoncer que son établissement, si avantageusement connu de nos confrères, est désormais transféré, 15, *rue Chateaubriand* (avenue des Champs-Elysées). Salle de douches installée sur le dernier modèle ; eau à toute température.

VARIÉTÉS

—

Condamnation pour avortement. — Trois condamnations pour avortement ont été prononcées cette année dans la province de Liége :

Le 10 février, une femme de Loncin, non accoucheuse, a été punie de deux ans de prison et 100 francs d'amende ponr avoir fait avorter une jeune fille ; celle-ci a encouru la même peine.

Le 30 juillet, une accoucheuse de Fexhe-Slins a eu cinq ans de prison et 500 francs d'amende parce qu'elle avait fait avorter une femme mariée ; celle-ci n'a eu qu'un an de prison.

Le 24 novembre, une femme de Liége, ancienne garde-couches, non diplômée, a été condamnée à deux ans de prison pour avoir fait avorter une jeune fille ; celle-ci s'en est tirée avec trois mois de prison.

On voit que la Justice poursuit activement les tristes personnages, avec ou sans diplôme, qui déshonorent la profession.

Puisse-t-elle arriver bientôt à enrayer ces honteuses pratiques !

(*Journal d'Accouchements.*)

—

Secret professionnel et déclarations a l'officier de l'état civil. — Un de nos confrères nous adresse la lettre suivante :

« Ces jours derniers, mandé dans une famille pour donner mes soins à une bonne, je trouve une jeune fille qui, à l'insu de ses maîtres, était accouchée seule, depuis deux heures environ, d'un enfant à terme, qu'elle avait transporté d'un premier à un troisième étage et caché dans un meuble.

Malgré des tractions rythmées de la langue, prolongées, je ne pus rappeler l'enfant à la vie.

Je n'eus pas à délivrer la mère qui s'était délivrée elle-même.

Je n'ai donc pas eu dans l'espèce à remplir les fonctions d'accoucheur ; — étais-je tenu cependant à faire la déclaration de naissance

à la mairie! Si je n'étais pas obligé, qui devait faire cette déclaration, puisqu'il n'y avait ni père, ni accoucheur, ni témoin aucun ?

Comme la mère ne parlait de rien moins que de faire supprimer le cadavre, je crus devoir faire cette déclaration, mais ne voulant être ni accusateur, ni complice, j'ai adopté la formule suivante :

« Le....., la nommée....., âgée de 21 ans, domestique, à....., est accouchée d'un enfant du sexe masculin ; — appelé à lui donner mes soins, j'ai trouvé un enfant mort. »

Il est évident qu'en pareil cas, le médecin se trouve toujours fort embarrassé et de récents exemples ont prouvé surabondamment qu'il n'y avait, pour lui, aucune précaution à négliger, quand sa responsabilité peut être mise en jeu.

Il nous semble cependant que le médecin qui se trouve en présence d'un enfant mort et qui n'a pas assisté à l'accouchement, n'a aucune déclaration à faire. N'ayant pas assisté à l'accouchement, il n'est pas visé par l'article 56 du Code civil.

Mais qui fera la déclaration, demande notre confrère ? — Cela importe peu : le médecin n'étant pas tenu à une déclaration, ne doit pas la faire, d'autant que, quelque formule qu'il adopte, il éveillera toujours des suspicions.

Doit-il constater le décès de l'enfant ? Pas davantage. Il doit, à notre avis, se récuser d'une manière absolue.

En somme, appelé dans de semblables circonstances, le médecin nous paraît n'avoir rien de mieux à faire que de se retirer purement et simplement, en refusant de faire aucune constatation d'aucune sorte.

(*Concours médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Contes physiologiques : Madame Mazurel**, par Paul Abaur. Un volume in-18 de 250 pages. Société d'Editions scientifiques.

Les contes qui composent ce volume ont tous pour point de départ un fait réel, un cas physiologique ou pathologique observé. De ce fond de réalité, triste ou gaie, étrange ou sinistre, l'auteur a essayé de faire surgir des types curieux et des situations nouvelles. Hélène Mazurel, Frapol, Jacques, Juliette, Abeille, etc., autant de figures esquissées à grands traits ou profondément fouillées.

Une analyse pénétrante, un mélange d'ironie et d'humour, de sentiment et de raillerie, caractérisent ce livre et lui impriment un cachet d'originalité.

Madame Maqurel. — L'autopsie. — L'obsession. — La légende de l'orang-outang. — L'irrésistible. — Le délire. — Le docteur Micaber. — Abeille.

II. **Précis d'Hydrothérapie scientifique,** de N. Pascal. 2ᵉ *Edition, revue et augmentée*, par le Dʳ E. Verrier, Directeur de l'Institut Hydrothérapique « Fleury Pascal », à Passy, Lauréat de l'Académie de Médecine, ancien préparateur à la Faculté. Société d'Editions scientifiques.

Continuateur de la tradition scientifique de Fleury, M. le Dʳ Verrier a néanmoins, dans cette 2ᵉ édition du livre de N. Pascal, son beau-père, tenu compte de l'influence des douches chaudes dans certains cas et décrit la technique de leur application. Après avoir refait l'historique de hydrothérapie empirique et scientifique, décrit les appareils et les différents procédés, dans l'application desquels M. Pascal était passé maître, il s'est étendu sur l'importance de la *filiforme* inventée par Salles-Girons et perfectionnée par Pascal, pour le traitement des différentes maladies nerveuses qu'il énumère brièvement. C'est la théorie de l'aquapuncture renouvelée et mise au service de la neuro-pathologie.

M. Verrier termine ce Précis par une série d'observations cliniques, contrôlées par les premiers maîtres de la science, Charcot, Raymond, Ballet, Sirodey, Paul Richer, Aubustin, etc.

Tel qu'il est, ce petit livre rendra de grands services aux médecins de province qui voudraient introduire l'hydrothérapie dans leur thérapeutique et il évitera aux praticiens de Paris, les mécomptes qu'ils ne manqueraient pas de recueillir en adressant leurs malades dans des établissements qui ne seraient pas dirigés par la seule méthode scientifique.

III. **Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents suivi du manuel opératoire de l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire,** par G. Viau. Société d'Editions scientifiques. *(Deuxième édition.)* Volume in-18 de 516 pages ; broché : 5 fr. ; relié cuir souple : 6 fr.

La première édition de ce *Formulaire* s'est trouvée très rapidement épuisée. C'est le premier ouvrage original écrit par un dentiste français qui ait été l'objet d'un tel honneur.

Le succès sans précédent du *Formulaire* de M. G. Viau ne doit laisser aucun doute sur sa valeur et prouve aussi qu'il répondait vraiment à un besoin.

L'auteur a tenu à honneur de justifier ce succès en donnant une nouvelle édition sérieusement revue et notablement augmentée. (Cette nouvelle édition est augmentée de plus de 150 pages.) Il s'est appliqué, avec le plus grand soin, à mettre, jusque dans les plus petits détails, son livre au courant des progrès réalisés et des connaissances actuelles.

Quelques articles ont été profondément modifiés ; tels sont ceux qui ont trait à la *carie dentaire* (principalement à propos des *caries de 4ᵉ degré*), à *l'hygiène buccale* et aux *dentifrices*, etc. D'autres sont entièrement nouveaux, ce sont ceux qui traitent de la *grenouillette*, des *accidents de dents de sagesse*, de la *syphilis buccale*, des *ulcérations linguales*, etc. Le but de cet ouvrage étant avant tout de fournir des indications thérapeutiques, l'auteur a donné tous ses soins au *Formulaire proprement dit.*

La partie de cet ouvrage où se trouvent résumés, d'une façon claire et précise, les caractères cliniques de chaque affection et les moyens thérapeutiques efficaces pour la combattre, présente une très grande utilité pour les étudiants : au moment des examens, ils y trouveront un résumé précieux de tout ce qu'ils doivent connaître. En dehors des avantages qu'il offre aux praticiens, le *Formulaire* de M. G. Viau est donc *indispensable à l'étudiant qui se présente à l'examen d'Etat, à la Faculté, pour l'obtention du diplôme de Chirurgien-Dentiste.*

IV. **Traité médico-chirurgical de l'Hépatite suppurée des Pays chauds. Grands abcès du foie,** par L.-E. Bertrand, médecin en chef de la Marine, ancien professeur aux Écoles de médecine navale, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, et J. Fontan, professeur de chirurgie navale et de chirurgie d'armée à l'École de médecine navale de Toulon, membre correspondant de la Société de chirurgie. In-8° raisin de 732 pages, avec tracés et figures. Société d'Editions scientifiques.

Le livre que MM. Bertrand et Fontan présentent au public médical, est la plus complète des monographies de l'*hépatite suppurative.*

Officiers supérieurs du corps de santé de la marine, professeurs aux écoles de médecine navale, chefs d'importants services de médecine ou de chirurgie, dans les hôpitaux maritimes et, plus particulièrement, à l'hôpital Saint-Mandrier, lieu principal, sinon unique, de débarquement pour les malades rapatriés par les transports de l'Extrême-Orient, établissement nosocomial aussi riche en sujets d'étude, pour la pathologie coloniale, que n'importe quel hôpital du plus malsain des pays intertropicaux, MM. Bertrand et Fontan possédaient l'autorité scientifique requise, et les éléments matériels voulus pour écrire un livre qui, comme le leur, fût, tout à la fois, une œuvre personnelle et la synthèse des meilleurs travaux que compte, sur ce sujet, la littérature médicale de tous les temps et de tous les peuples.

Le livre comprend onze chapitres : Le premier est une étude *historique générale*, avec citations et commentaires. Le second traite de la *distribution géographique* de l'hépatite suppurative. Pour apprécier la fréquence relative de cette maladie sur les divers points du globe, les auteurs se sont, comme ils le disent, efforcés de substituer des chiffres aux formules conventionnelles de la plupart des traités. Ce n'est pas leur faute, si les statistiques qu'ils produisent à cet effet, ne sont pas, absolument toutes, récentes et inédites. Le troisième est relatif à l'*anatomie pathologique*. Un grand nombre de nécropsies, d'examens histologiques et d'expérience sur les animaux ont permis à MM. Bertrand et Fontan de contrôler sur ce point, les travaux antérieurs, de les confirmer, de les compléter ou de les rectifier au besoin. Le quatrième est un exposé analytique et critique des *causes* présumées ou certaines de la maladie dont ils s'occupent. La dysenterie est, pour eux, comme pour tous les médecins versés dans la pathologie coloniale, le grand facteur étiologique des suppurations du foie. Le cinquième est une étude de *pathogénie*. Le sixième se rapporte à la *symptomatologie générale*. Les formes type, fruste, larvée et de l'hépatite, y sont soigneusement étudiées. Le septième consacre, aux *migrations* des abcès, tous les développements que comporte cette intéressante question. Le huitième traite de la *symptomatologie analytique*. Il compte plusieurs paragraphes absolument neufs. Les *complications et suites* font l'objet du

neuvième chapitre. Le dixième est une étude à fond du *diagnostic* et du *pronostic*. Au onzième et dernier appartiennent la *prophylaxie*, le *traitement médical* et le *traitement chirurgical* avec ses complications et ses suites. Cette partie du livre de MM. Bertrand et Fontan est destinée à faire marcher la thérapeutique des abcès du foie dans une voie féconde. Cette maladie, peu connue et peu opérée dans les grands centres scientifiques, n'avait pas bénéficié, dans une assez large mesure, des progrès de la chirurgie antiseptique. Les auteurs, en multipliant les preuves statistiques, les détails de technique opératoire et les exemples tirés en grand nombre de leur pratique personnelle, ont tenu à prouver que la chirurgie du foie est aussi légitime, et doit être aussi heureuse que toute autre chirurgie des viscères, celle des organes génitaux de la femme, par exemple. Les médecins de l'armée, de la marine, des colonies, trouveront dans ce chapitre, assez de faits et de descriptions pour se familiariser définitivement avec toutes les manœuvres opératoires que comportent les diverses variétés d'abcès du foie.

L'ouvrage se termine par une série d'*observations* cliniques choisies, dont un grand nombre inédites, et un riche répertoire bibliographique *non copié*.

En dernière analyse, le livre de MM. Bertrand et Fontan est une œuvre originale, fortement documentée. S'il n'était convenu qu'en ces questions « le temps ne fait rien à l'affaire », nous pourrions ajouter qu'il représente un travail assidûment poursuivi, pendant trois ans, sur des matériaux tirés, non seulement des bibliothèques, mais encore, et surtout, de l'observation clinique et anatomique directes.

V. — Berlin (Le Dr), de Nice. — **Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens**, avec une préface par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° carré de 224 pages, avec 69 fig. dont une hors texte. 6 fr.

L'auteur a entrepris de présenter aux praticiens la *Gynécologie moderne* sous une forme très différente de l'ordre suivi dans les Traités classiques.

Au lieu de décrire, organe par organe, les maladies de l'appareil génital féminin, il s'est placé au point de vue purement clinique. Il a supposé le médecin mis en présence d'une malade qui vient le consulter pour des accidents génitaux ou présumés tels. Il s'agit d'établir le diagnostic de ces accidents avec toute la précision que comportent les données actuelles de l'anatomie pathologique ?

Le praticien se trouve guidé, suivant une méthode rigoureuse, vers la solution de ce problème.

Le diagnostic est établi de proche en proche, des cas simples aux cas complexes, dans les trois parties qui composent ce livre et qui représentent les trois étapes successives de l'examen gynécologique ; — interrogatoire de la malade ; — exploration directe des organes génitaux ; — étude des troubles extra-génitaux, de l'état général des diathèses.

Par cette méthode, le lecteur est amené à passer en revue toutes les affections importantes qui se rencontrent dans la pratique ; au cours de ces descriptions diverses, il est initié aux détails les plus minutieux des procédés d'exploration ; il se familiarise en même temps avec les notions modernes qui ont modifié bien des points de la gynécologie et qui se traduisent en pratique par l'orientation de la thérapeutique dans une voie nouvelle et féconde.

Pendant l'impression de ce catalogue a paru la *Deuxième édition augmentée*, de cet excellent **Guide de diagnostic Gynécologique.**
Prix de la Deuxième édition revue et augmentée : 6 francs.

VI. — **L'Islande et l'archipel des Færœr**, par le Dr H. Labonne.

La belle collection des voyages illustrés, publiée par la maison Hachette, vient de s'augmenter d'un nouveau et très original volume : *L'Islande et l'archipel des Færœr*, 2ᵉ édition, par M. le Dr Henry Labonne, chargé de mission. L'auteur, dont les travaux et les conférences sur la « terre de glace » ont été justement appréciés des personnes qui s'intéressent à la science géographique, nous conduit successivement à Reykjavik la capitale, aux Geysers qui lancent vers le ciel leurs colonnes d'eau bouillante, au fameux volcan de l'Hékla, dont il fait l'ascension ; dans le Nord habité des rennes, des phoques, des ours blancs, des renards bleus, etc., etc. Puis, revenant au Sud, nous partageons avec lui la vie de nos trois mille pêcheurs d'Islande, nous voyons leur dur labeur, nous tremblons aux dangers qu'ils courent, nous pleurons sur ces malheureux compatriotes qui viennent trop souvent hélas terminer dans une tempête une existence dont le livre nous révèle les luttes courageuses et émouvantes. Passant au milieu des terres, nous traversons d'affreux déserts, nous franchissons maints grands fleuves à dos de cette merveilleuse petite bête qui se nomme le *poney-islandais*, et que le Dr Labonne nous force à aimer tant il emploie d'expressions tendres à l'égard de son intelligente monture.

Les Boers (huttes des paysans) n'ont plus de secrets pour nous. Nous en connaissons les habitants aux mœurs primitives et patriarcales ; nous vivons au milieu d'eux sept mois dans la nuit perpétuelle et au printemps nous saluons par la petite fenêtre le retour du soleil qui, cinq mois durant éclairera sans se coucher la prairie verdoyante ou le Jökull glacé aux cimes éblouissantes de neige immaculée.

Tout cela écrit avec un style vif, souple, facile et d'une mobilité si peu accoutumée qu'il semble que comme l'auteur, l'on parcourt tout le pays de « glace et feu » au galop du cheval islandais.

Cette description d'une île si peu visitée, quoique si grandiose de sauvagerie, nous promet un jeune auteur de voyages qui, s'il continue ses explorations, ne manquera pas de faire honneur à son pays. Dès maintenant nous pouvons assurer à ce premier livre, orné d'une magnifique carte et de 57 gravures exécutées pour la plupart, d'après des photographies prises par l'auteur lui-même, un grand succès. Son récit a sa place marquée dans *toutes* les bibliothèques.

VII. — **Les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale**, par le Dr A. Gallet, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean. (Communication faite à la Société belge de gynécologie.) Bruxelles, Lamertin, 1895.

Dans cet important et intéressant mémoire, le Dr Gallet divise les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale en cinq catégories ;
1° Les fistules péritonéales ;
2° Les fistules vésicales ;
3° Les fistules urétérales ;
4° Les fistules compliquées.
Il discute, avec observations à l'appui, le mode de traitement applicable à chaque cas, et rapporte les recherches intéressantes qu'il a faites, sur

la chienne et sur le cadavre, pour étudier l'urétérorrhaphie. A propos des fistules intestinales, on lira avec fruit le mode d'obturation temporaire imaginé par l'auteur à l'aide d'une pince spéciale constituée par deux branches à plateau, démontables.

Disons, en terminant, avec M. Gallet qu'il y aurait tout avantage pour la science à ce que chaque chirurgien publiât les faits analogues qu'il lui ont été donné d'observer, afin qu'il fût possible de déduire de tous les faits réunis des méthodes de traitement utiles et sûres.

VIII. 1er *Congrès français de Médecine interne.* (*Session octobre* 1894, *Lyon*) **De l'élimination de l'acide urique par la médication thermo-résineuse,** par le docteur Benoit du Martouret.

IX. **Etude sur 249 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique à l'hôpital Trousseau** (octobre-novembre 1894), par le Dr T. Perregaux. in-8° de 75 pages, Société d'Editions scientifiques.

Voici les conclusions de l'intéressant travail du Dr Perregaux sur ce sujet tout d'actualité ;

1° Les origines de la sérothérapie découlent des expériences françaises d'hématothérapie, tentées par Ch. Richet en 1888, renouvelées plus tard par M. Behring et ses collaborateurs ;

2° L'idée première du traitement de la diphtérie par le sérum d'animaux immunisés revient à Behring. M. Roux, en indiquant le cheval comme animal producteur du sérum, et en traçant de façon magistrale les règles de la nouvelle médication, se place sur le même rang que le médecin allemand ;

3° Le sérum antidiphtérique préparé sur les indications de M. Roux à l'Institut Pasteur, est d'abord appliqué à l'hôpital des Enfants-Malades où la mortalité s'abaisse à 25 % ; en octobre et novembre 1894, nous l'employons, M. Moizard et moi, à l'hôpital Trousseau ; nous observons rigoureusement les indications établies par M. Roux ; la moyenne des décès tombe alors à 14,85 % ;

4° La nouvelle méthode simplifie la thérapeutique de la diphtérie, provoque des guérisons plus rapides, diminue la gravité des trachéotomies, soutient ou relève surtout l'état général.

Elle est passible de certains accidents, tels qu'éruptions et arthropathies à allures quelquefois tapageuses, mais qui se guérissent facilement sans paraître laisser de traces.

Les complications diphtériques, telles que paralysies et néphrites, semblent moins fréquentes qu'autrefois. Les cas d'albuminurie ne sont pas, en tout cas, plus souvent observés avec ce traitement qu'avec les anciens modes thérapeutiques.

5° La valeur immédiate de la sérothérapie est donc incontestable ; la nature et la durée de son pouvoir préventif ne sont pas encore suffisamment connus. Des observations ultérieures pourront seules nous indiquer si son action s'exerce à longue échéance sur l'organisme.

X. **La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes,** par Madame P. Peltier (née Goussakoff). Thèse de Paris. Bataille, 1895.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

23. — Un nouveau traitement des métrorrhagies, par le Dr Labadie-Lagrave, Médecin de la Charité. — On sait combien sont rebelles les hémorrhagies placées sous la dépendance d'altérations de la muqueuse utérine, aussi bien dans le cas de simples endométrites que dans celui de fibromes intrapariétaux ou sous-muqueux. On avait, il y a quelques années, représenté le curettage comme un procédé toujours efficace de guérison pour l'endométrite ; mais cette opération est loin d'avoir donné et de donner toujours les résultats promis et espérés ; — aussi s'est-il opéré une réaction et restreint-on aujourd'hui, dans certains cas, l'intervention par la curette, pour recourir à l'emploi de topiques destinés à modifier plus lentement mais moins brutalement la muqueuse utérine.

Il en est de même pour les hémorrhagies placées sous la dépendance de fibromes sous-muqueux, avec agrandissement de la cavité utérine et endométrite fongueuse. Contre ces hémorrhagies, le curettage échoue presque toujours ou, du moins, s'il amène leur suppression, celle-ci n'est que momentanée ; les hémorrhagies reparaissent au bout d'un intervalle plus ou moins long.

Les raisons de ces échecs du curettage et de cette ténacité des hémorrhagies utérines sont de deux ordres : elles tiennent en premier lieu à la nature infectieuse des lésions de l'endométrium, dans la plupart des métrites hémorrhagiques simples, sans lésion profonde de la paroi. Dans les métrites d'origine fibromateuse l'infection est aussi un des facteurs de la reproduction des altérations végétantes ou fongueuses de l'endométrium. En effet, des microbes pathogènes pénétrant à travers le col plus ou moins entr'ouvert, dans la cavité utérine dilatée, trouvent un terrain propice à leur pullulation dans la muqueuse dégénérée, congestionnée, et jouent le principal rôle dans la pathogénie des fongosités. Que l'on intervienne par le curettage suivi d'irrigations antiseptiques, d'attouchements avec des liquides microbicides et modificateurs (créosote, acide phénique, etc.), on

détruira la muqueuse altérée. N'empêche que quelques microbes échapperont à la curette et aux irrigations ou attouchements antiseptiques, car, pour être efficaces, ces liquides devraient être en contact prolongé avec l'endométrium, pénétrer dans ses cryptes et dans l'épaisseur des tissus qui abritent des colonies microbiennes. L'action des antiseptiques est ainsi incomplète. Bientôt la muqueuse nouvellement formée devient le siège des mêmes altérations et les hémorrhagies se reproduisent.

Les échecs du curettage tiennent encore, pour les métrites avec fibromes, à la persistance de la cause première de l'endométrite et des hémorrhagies, c'est-à-dire à la présence de la tumeur et à la stase sanguine provoquée par elle.

Nombreuses sont les médications prônées successivement contre les hémorrhagies utérines ; l'énumération en serait trop longue. Nous ne ferons que citer le seigle ergoté et l'ergotine dont l'action est loin d'être efficace dans les hémorrhagies liées à des lésions de l'utérus, surtout de date ancienne ; il en est de même de la digitale, de l'hydrastis et de l'hydrastinine ; d'ailleurs, en supposant même le cas où un médicament administré par les voies digestives ou par la voie hypodermique arrive à enrayer une hémorrhagie utérine, les causes de celle-ci persistent ; elle se reproduira fatalement et à brève échéance.

Nous n'insisterons pas sur l'emploi topique des crayons de chlorure de zinc que les gynécologistes sont à peu près unanimes à rejeter en raison des conséquences fâcheuses qui peuvent s'ensuivre (atrésie du col, etc.), ni des autres crayons médicamenteux, non plus que sur les injections intra-utérines de substances médicamenteuses, qui sont loin d'être toujours inoffensives. Nons dirons des injections chaudes et des injections froides ce que nous avons dit des médicaments internes.

Devant les résultats incertains donnés par ces procédés thérapeutiques et les inconvénients de la plupart, je me suis efforcé d'arriver à trouver un traitement inoffensif, facile à instituer et à la fois hémostatique, antiseptique et modificateur de la muqueuse et des tissus sous-jacents.

Parmi les hémostatiques, celui qui m'a paru le mieux répondre à ces indications ou tout au moins aux deux premières, est l'antipyrine. On connaît bien aujourd'hui l'action antihémorrhagique de cette substance, action qui, ainsi que l'ont montré MM. Hénocque et Ar-

douin (1), est supérieure à celle du perchlorure de fer et de l'ergot. L'antipyrine, d'après les résultats des expériences de ces deux auteurs, réalise une hémostase plus rapide et son application sur une plaie provoque une sorte de rétraction des tissus voisins, qui rapproche les bords de la solution de continuité.

On a aussi administré l'antipyrine à l'intérieur contre les hémorrhagies utérines ; Chouppe, en 1887, a le premier attiré l'attention sur l'emploi de ce médicament en gynécologie ; il a signalé l'antagonisme de l'antipyrine et de l'ergot de seigle sur les fibres utérines. Dans un cas de violentes coliques survenues à la suite de l'ingestion d'une forte dose d'ergot de seigle donnée pour arrêter une hémorrhagie, un lavement de 2 grammes d'antipyrine supprima en même temps et très rapidement les douleurs et la perte sanguine. Hénocque, Windelschmidt, Huchard, Chéron, Miraschi ont employé avec succès l'antipyrine à l'intérieur contre les hémorrhagies utérines.

Cette action est confirmée par la diminution ou la suppression de règles qu'on a vu se produire à la suite de l'administration de l'antipyrine par la bouche ou en injections sous-cutanées (Huchard, Miraschi, Combemale, etc.). Elle serait due à une vaso-constriction périphérique et à une vaso-dilatation profonde simultanée (Rondot). Employée localement en poudre ou en solution, l'antipyrine détermine une coagulation du sang, dont les caractères particuliers ont été décrits par M. Hénocque, action à laquelle vient probablement se joindre comme adjuvant la vaso-constriction.

Quant à l'action antiseptique de l'antipyrine, elle n'est pas douteuse, d'après les recherches et les expériences de MM. Hénocque et Ardouin, Gouël, P. Loye, Cazeneuve et Visbeck.

Avant mes propres recherches l'antipyrine n'avait été employée localement en gynécologie que par le Dr Robinson (de Constantinople (2)) qui, dans un cas de métrorrhagie rebelle à tous les autres moyens, avait appliqué des tampons vaginaux imbibés d'une solution à 5 0/0, et avec succès ; mais personne n'avait porté directement l'antipyrine dans la cavité utérine.

D'ailleurs on se heurtait à des difficultés assez sérieuses pour arriver à utiliser l'antipyrine comme pansement intra-utérin. L'emploi, dans ce but, de cette substance en poudre est peu pratique, serait souvent infidèle, car on ne sait si elle s'étendrait sur toute la surface

(1) Ardouin. *Thèse de Paris*, 1895.
(2) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 4 mars 1889.

de la cavité ou si elle limiterait son action aux points où elle se déposerait ; employée en solution, elle serait inefficace, en raison de la trop faible quantité introduite. Il ne faut pas non plus songer à l'introduire à l'état liquide, en raison de la température élevée de son point de fusion (110°) ; pourtant sous cette forme l'antipyrine réaliserait les *desideratas* que j'ai formulés. Aussi ai-je cherché à associer à l'antipyrine une substance fondant à une température relativement basse, afin de trouver un mélange de parties bien définies, qui en vertu des lois sur la fusion des sels : 1° ait son point de fusion le plus inférieur possible à celui de l'antipyrine ; 2° puisse rester liquide bien que sa température s'abaisse au-dessous de son point de solidification. Mon choix s'est porté sur le salol, en raison de ses propriétés antiseptiques et de sa liquéfaction à 43°.

Mes recherches à ce sujet et leurs résultats ont été exposés dans la thèse de mon élève, le Dr E. Bralant (*Le mélange salol et antipyrine dans le traitement des métrites hémorrhagiques.* — Thèse de Paris, 1894-95). — Les premières applications que j'ai faites du mélange liquéfié de salol et d'antipyrine au traitement des hémorrhagies utérines datent de 1893 ; les résultats excellents que j'ai obtenus dès le début m'ont engagé à persévérer dans cette voie. J'ai traité par ce procédé un assez grand nombre de femmes atteintes de métrorrhagies et de ménorrhagies, dans ma clientèle privée et dans mon ancien service de la Maternité, et j'ai toujours vu les pertes céder après le pansement intra-utérin au moyen de ce mélange, sauf dans les cas de cancer ulcérés.

La méthode est des plus simples, d'autant plus que l'on peut préparer extemporanément le liquide à employer. Il suffit pour cela de chauffer sur la lampe à alcool un tube à essais au tiers rempli de parties égales de salol et d'antipyrine ; la fusion se produit en deux ou trois minutes, et l'on obtient un liquide légèrement brunâtre, qui a l'inconvénient de se solidifier rapidement, lorsqu'il est depuis quelques instants soustrait à l'action de la chaleur. Pour retarder le point de solidification on n'a qu'à continuer à chauffer jusqu'à ce que le mélange ait une couleur franchement brune. Le liquide obtenu ainsi restera suffisamment longtemps en fusion.

Pour introduire ce liquide dans la cavité utérine je me sers d'une baguette mince en osier, portant enroulé à son extrémité un petit tampon d'ouate hydrophile. Après mise en place du spéculum, je trempe le tampon d'ouate dans le mélange liquide d'antipyrine et

salol, refroidi à une température tolérable pour l'utérus ; j'introduis le tampon placé à l'extrémité de la tige, dans la cavité utérine, sans exercer de pression trop considérable, et je fais un badigeonnage de toute la cavité. Retirant ensuite le tampon, je l'imbibe à nouveau et fais ainsi 2 ou 3 applications successives, selon l'importance de l'hémorrhagie ; puis je laisse dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de glycérine créosotée, et je recommande le repos au lit.

Ces applications, ainsi que le fait remarquer le Dr Bralant, qui a décrit mon procédé opératoire, ne sont nullement douloureuses ; elles n'ont aucun inconvénient et n'ont jamais provoqué le moindre accident. Aussitôt après les badigeonnages,« l'hémorrhagie s'arrête, c'est à peine si la femme perd encore quelques gouttes de sang dans la journée, et le jour suivant il n'y a plus de trace d'hémorrhagie. Aussi est-il rare qu'on soit obligé de refaire une deuxième application le lendemain. »

Le Dr Bralant cite à l'appui de la valeur de ce procédé 15 observations tirées de ma clientèle privée et de mon ancien service de la Maternité.

La 1re observation a trait à une dame de 40 ans, sujette à des métrorrhagies abondantes pour lesquelles on avait fait un curettage ; à la suite les pertes cessèrent pendant un an, puis reparurent abondantes. Le 1er juillet 1893, après 2 applications d'antipyrine salolée, les pertes cessèrent et n'ont pas reparu. La santé de cette dame est excellente.

La malade qui fait le sujet de la 2e observation, était atteinte d'un sarcome de l'utérus avec cachexie imminente. Une application d'antipyrine salolée supprima, en 1893, les métrorrhagies. Une hémorrhagie foudroyante se produisit à la suite d'un massage intempestif, quelques mois après ; elle fut immédiatement arrêtée par un badigeonnage intra-utérin du même mélange.

La malade de l'obs. III venait de faire une fausse couche avec rétention de placenta et hémorrhagie très abondante, fièvre intense (40°). J'extirpai le placenta, j'écouvillonnai l'utérus avec l'antipyrine salolée liquide et je fis un tamponnement de gaze ioddoformée. Arrêt de l'hémorrhagie, défervescence rapide.

Obs. IV. — Métrorrhagies causées par un fibrome, et ayant résisté aux injections d'ergotine à l'hydrastis, à l'électrisation intra-utérine. Badigeonnage intra-utérin d'antipyrine salolée liquide et application d'un tampon vaginal imbibé du même mélange. Arrêt immédiat de l'hémorrhagie.

Obs. V. — Métrite avec hémorrhagies abondantes. Arrêt de l'hémorrhagie par application d'antipyrine salolée. Elle reparaît, puis est supprimée après 2 nouveaux badigeonnages intra-utérins.

Obs. VI.— Métrite gonococcique avec ménorrhagies abondantes et prolongées, antéflexion, et salpingo-ovarite gauche. Suppression des pertes par un badigeonnage intra-utérin d'antipyrine salolée et guérison de la métrite.

Obs. VII. — Métrite avec hémorrhagie consécutive à une fausse couche. Suppression des hémorrhagies après un seul badigeonnage ; il reste de la métrite du col.

Obs. VIII.— Métrite gonococcique avec métrorrhagies. Diminution des pertes après un premier badigeonnage d'antipyrine salolée ; suppression après un second badigeonnage.

Obs. IX. — Fibrome hémorrhagique. Un seul badigeonnage supprime les pertes.

Obs. X. — Métrite hémorrhagique post-puerpérale ; salpingite gauche. Les hémorrhagies disparaissent après un premier badigeonnage, puis reparaissent à la suite d'une dilatation du col à la laminaire. Suppression définitive des hémorrhagies après une deuxième application d'antipyrine salolée.

Obs. XI. — Métrite, consécutive à une fausse couche, avec hémorrhagies abondantes supprimées par deux badigeonnages intra-utérins d'antipyrine salolée.

Obs. XII. — Métrite catarrhale post-puerpérale avec métrorrhagie, suppression immédiate de la perte sanguine après un seul badigeonnage.

Obs. XIII. — Métrite hémorrhagique consécutive à une fausse couche, périmétrite. Un curettage supprime les hémorrhagies pour un mois environ ; puis ménorrhagies abondantes, douleurs abdominales violentes. Trois applications d'antipyrine salolée à des intervalles de deux jours. L'hémorrhagie diminue après la première et cesse après la troisième, en même temps que les douleurs. Il persiste de la leucorrhée.

Obs. XIV. — Métrite gonococcique, vaginite, légère salpingite double. Métrorrhagies très abondantes supprimées par une seule application d'antipyrine salolée.

Obs. XV. — Endométrite. Syphilis secondaire. Métrorrhagie. On fait un badigeonnage de la cavité utérine avec l'antipyrine salolée, puis on introduit dans l'utérus une languette de gaze iodoformée imbibée du même mélange ; les pertes diminuent. Même opération le

lendemain ; suppression de l'hémorrhagie. Celle-ci recommence au bout de huit jours consécutifs les mêmes badigeonnages, suivis du même pansement. L'hémorrhagie devient insignifiante après le second et cesse après le troisième ; elle ne s'est plus reproduite. On avait en même temps institué le traitement spécifique.

Ces observations, que j'ai résumées en quelques lignes et qui ont été publiées *in extenso* dans la thèse du Dr Bralant, montrent l'efficacité rapide du traitement topique institué. Je dois ajouter que la plupart des malades avaient déjà été traitées et sans aucun succès par l'ergotine, l'hydrastis, les injections chaudes. J'ai pu les suivre et les revoir à des intervalles assez éloignés ; chez aucune d'elles les hémorrhagies ne se sont reproduites ; le traitement a guéri l'endométrite en même temps que les hémorrhagies. Celle dont le col participait à la métrite ont été soumises aux traitements ordinaires de la métrite du col, sur lesquels je n'ai pas à insister ici. Les salpingites ont été traitées après arrêt des hémorrhagies, par le procédé que j'ai publié récemment en collaboration avec M. le Dr Basset. (*Semaine médicale*, 1895, n° 2.)

Je n'ai fait qu'exposer ici la technique du procédé que j'emploie depuis deux ans contre les hémorrhagies utérines et qui m'a donné toujours de meilleurs résultats que les autres méthodes. Je ne prétends pas que le curettage soit toujours inefficace ; il est en effet des cas dans lesquels les végétations et les fongosités intra-utérines ne sauraient être enlevées que par la curette ; tous les autres procédés thérapeutiques, y compris les applications d'antipyrine salolée liquide, ne sauraient avoir qu'une action momentanée et palliative ; mais mon avis est qu'en faisant suivre le curettage d'un badigeonnage d'antipyrine salolée et d'un pansement intra-utérin et intra-cervical au moyen d'une languette de gaze iodoformée imbibée de cette préparation, on réalisera à la fois l'hémostase et l'antisepsie, et on préviendra les récidives.

Sur mes conseils et en collaboration avec M. Delépine, mon interne en pharmacie, M. Bralant a entrepris des expériences, relatées dans sa thèse, sur le point de fusion et de solidification de l'antipyrine et du salol mélangés en différentes proportions. Mes deux élèves ont fait des constatations très intéressantes, dont les principales sont les suivantes :

« En chauffant pendant un quart d'heure environ nous avons eu des mélanges restant très longtemps à l'état visqueux.

« Celui qui contient deux molécules de salol pour une d'antipyrine ne se solidifie plus à la température ordinaire.

« Le mélange à égales molécules ne donne de vestiges de cristallisation qu'au bout de plusieurs jours.

« Celui qui contient deux molécules d'antipyrine pour une de salol se solidifie graduellement à partir du troisième jour. »

Ces mélanges, quand ils sont surchauffés, se colorent en rouge sang, par suite d'une altération du salol, les recherches ayant montré que l'antipyrine reste intacte.

Ainsi que le fait remarquer M. Bralant, l'exposition du mélange à parties égales de salol et d'antipyrine à la chaleur, jusqu'à coloration rouge sang, permet d'obtenir une mixture qui reste visqueuse pendant plusieurs jours ; on aura donc avantage à le préparer ainsi, dans certaines circonstances.

Les expériences faites à ce sujet ont démontré que dans le mélange, chauffé jusqu'à coloration brune, employé par moi jusqu'à ce jour, il ne se forme pas de combinaison nouvelle par fusion.

(*Revue internat. de thérap.*)



24. — Traitement nouveau de l'ophtalmie des nouveau-nés, par le Dr KALT. — J'ai l'honneur de présenter à la Société l'entonnoir-laveur dont je me suis servi aux Quinze-Vingts pour le traitement de 35 ophtalmies de nouveau-nés. Cet entonnoir permet de faire circuler dans les culs-de-sac conjonctivaux, complètement déplissés, une quantité quelconque de liquide médicamenteux contenu dans un bock de 2 litres tenu à une hauteur de 30 centimètres. L'entonnoir se place entre les paupières avec la plus grande facilité et tient d'autant mieux que l'enfant les serre davantage. Le principe absolument nouveau de cet instrument ne permet aucune comparaison des résultats thérapeutiques obtenus avec lui avec les résultats que peuvent donner les écarteurs creux munis de trous ou les canules aplaties destinées à conduire des injections dans les culs-de-sac.

Parmi les solutions médicamenteuses déjà employées j'ai choisi le permanganate de potasse, parfaitement inoffensif pour la cornée. Je mélange à 2 litres d'eau tiède une forte cuillerée à café de la solution suivante :

Permanganate de potasse..............	10 grammes.	
Eau distillée.........................	250	—

Les 2 litres de liquide sont destinés à un seul œil.

Voici le résumé de mes observations :

1° *Ophtalmies légères* : 10 cas. Avec deux irrigations par jour la guérison a été obtenue du quatrième au neuvième jour.

Ne se contenter d'une irrigation par jour que lorsque la sécrétion est devenue très légère, séro-muqueuse, qu'elle n'existe que le matin sur le bord des paupières, enfin, quand tout gonflement aura disparu et que l'enfant ouvrira bien les yeux. Elle ne devra être supprimée que lorsque toute sécrétion aura disparu. Les rechutes sont, en effet, fréquentes dans cette affection.

Je n'ai pas employé le nitrate d'argent ; mais si on y tenait, son emploi ne serait pas contre-indiqué.

Les irrigations sont à la portée de tout médecin et de toute sage-femme. Elles sont destinées à assurer un traitement *sérieux* dès le début de l'ophtalmie à tout enfant qui ne peut pas être remis entre les mains d'un spécialiste. D'après ma statistique des Quinze-Vingts, 60 p. 100 des enfants sont venus après le huitième jour de leur infection, et le traitement employé avait été absolument illusoire.

2° *Ophtalmies moyennes ou fortes sans ulcérations cornéennes* : 14 cas. — 3 de ces enfants avaient été traités pendant trois jours avec le nitrate à 1/30, mais présentaient encore de la purulence. Deux irrigations seulement par jour ont donné une amélioration notable du deuxième au quatrième jour. La guérison était généralement obtenue vers le dixième jour.

3° *Ophtalmies moyennes ou fortes, avec lésions cornéennes tardives* : 6 cas. — Deux à trois irrigations par jour ont diminué la sécrétion du deuxième au troisième jour ; l'ont tarie du septième au dixième jour et arrêté les ulcères.

4° *Ophtalmies graves d'emblée avec exsudat pseudo-membraneux et ulcérations cornéennes précoces :* 5 cas. — Avec trois ou quatre irrigations par jour l'ophtalmie a été très améliorée du deuxième au quatrième jour ; la suppuration tarie vers le huitième jour. Les ulcérations encore superficielles ont été arrêtées.

En résumé, je ferai les recommandations suivantes. Ophtalmie purulente *au début*, légère, avec peu de gonflement : deux irrigations par jour.

Si le lendemain l'ophtalmie n'a pas diminué, en faire *trois*.

Si l'ophtalmie se montre grave d'emblée, avec gonflement intense et dur, faire quatre irrigations par vingt-quatre heures, pendant deux à trois jours, puis descendre à trois.

Dès que la purulence aura disparu, on pourra se contenter de deux irrigations.

Si l'ophtalmie dure depuis quelques jours et s'il y a des ulcérations, faire trois irrigations d'emblée.



25. — Traitement des métrorrhagies par l'hydrastinine. — L'emploi de l'hydrastinine dans les métrorrhagies peut encore être considéré comme une médication nouvelle. En faveur de ce traitement, KALLMORGEN vient de publier les résultats obtenus dans 100 cas.

1° *Ménorrhagies.*— Dans 19 cas sur 25 les hémorrhagies diminuèrent, leur durée fut abrégée, les douleurs furent soulagées et cessèrent même complètement. Dans tous ces cas l'amélioration persista.

Le traitement échoua dans 4 cas, dont 3 dysménorrhées. Dans les 2 cas restants, le résultat fut discutable.

On voit que, dans les cas de ménorrhagie au sens large du mot, des succès durables étaient notés dans 76 % (19 fois) et des échecs ou des succès douteux dans 24 % (6 fois), tandis que si les 5 cas de dysménorrhée sont comptés à part, on aura, pour les ménorrhagies proprement dites, 85 % de succès (13 cas), et 15 % d'échec (3 cas), tandis que les 5 cas de dysménorrhée ont fourni 3 succès et 3 échecs.

2° *Endométrite chronique.* — Sur 20 cas il n'y eut que 11 améliorations, dont 2 passagères seulement. Echecs dans 8 cas et résultat douteux dans le cas restant.

3° *Hémorrhagie par suite des lésions des annexes.* — Echec dans un cas de paramétrite. Succès durable dans les 3 cas restants (paramétrite bilatérale et tumeur tubaire).

4° *Hématocèle rétro-utérine.* — Dans tous les 5 cas traités, l'hémorrhagie cessa complètement et d'une manière durable peu de temps après l'institution du traitement.

5° *Hémorrhagie après avortement.* — Sur 18 cas, l'hémorrhagie diminua ou cessa complètement dans 15 cas. Résultat nul dans les 3 cas restants.

6° *Hémorrhagie pendant la grossesse.* — Dans 3 cas seulement l'hémorrhagie cessa immédiatement après l'administration du médicament. Mais tout de même l'avortement ne tarda pas à avoir lieu. Dans les 5 cas restants on ne réussit nullement à retarder l'avortement.

7° *Myome utérin.* — Un seul succès sur 4 cas traités.

8° *Cancer utérin inopérable.* — Echec dans les 2 cas traités.

En résumé, les meilleurs résultats furent obtenus dans l'hématocèle rétro-utérine (100 % de succès), les ménorrhagies simples (85 %), les hémorrhagies après avortement (83 %) et les hémorrhagies provoquées par les affections des annexes utérines (75 %). Les résultats furent moins favorables dans l'endométrite chronique (55 %), tandis qu'ils étaient peu accusés ou nuls dans les hémorrhagies pendant la grossesse (35,7 %) et en cas de myome (25 %). Echec complet en cas de cancer utérin inopérable.

L'hydrastinine fut administrée en pilules :

Chlorhydrate d'hydrastinine.............	1 gramme
Suc de poudre de réglisse...............	q. s.

p. f. pilules n° 30.

S. — A prendre, 3 fois jour, par *une* pilule. Le résultat obtenu n'est-il pas satisfaisant, on donnera 2 pilules trois fois par jour.

En cas de ménorrhagie, les malades recevaient une ou deux pilules par jour, pendant deux jours avant le début supposé des règles et 3 pilules par jour, pendant toute la durée des règles. Dans la dysménorrhée, le traitement était institué dès l'apparition de la douleur.

Kallmorgen n'a eu à constater, comme phénomènes secondaires fâcheux de l'hydrastinine, que des douleurs plus ou moins intenses rappelant celles du travail. (*Nouveaux remèdes.*)

***

26. — Les résultats éloignés de la symphyséotomie, par le Docteur Hans von Wœrz. — En qualité d'assistant du professeur Schauta, qui, un des premiers, appliqua la suture osseuse pour consolider la ceinture osseuse après symphyséotomie, l'auteur fut chargé de revoir les opérées.

Sur les 10 opérées, l'une est morte d'infection : cette femme fut apportée à l'hôpital après avoir subi plusieurs applications de forceps en ville.

Les 9 autres femmes ont guéri ; 7 parmi elles ont déjà pu marcher

du quinzième au dix-neuvième jour, alors que les 2 autres n'ont commencé à marcher que du vingt-huitième au vingt-neuvième jour.

L'une des malades eut, au cours de sa convalescence, une bronchite ; chez une autre, la plaie a suppuré.

Sur ces 9 malades, l'auteur n'a pu en retrouver que 7. Celles-ci ont déclaré n'avoir nullement perdu leur aptitude à la marche et au travail ; plusieurs marchent même beaucoup, montent des escaliers, etc. En imprimant des mouvements alternatifs aux deux jambes, il était impossible de constater le moindre chevauchement des symphyses.

Chez deux malades, que l'auteur a vues l'année dernière, il existait un certain écartement entre les extrémités des symphyses. Alors que chez toutes les autres malades, les fils d'argent ont tenu, ici le fil s'était rompu, et lorsqu'on l'avait enlevé, le vingt-cinquième jour après l'opération, on pouvait voir, au fond d'une plaie qui suppurait, les deux bords de la symphyse qui étaient éloignés l'un de l'autre de 1 centimètre environ.

La consolidation ne s'était faite ici que bien tard, au cours de ces derniers mois, et il est possible que le frottement constant ou le chevauchement des extrémités des symphyses avait déterminé une inflammation qui a fini par souder les deux bouts.

Dans un autre cas, la suture s'était aussi relâchée, et il y avait un certain jeu entre les deux extrémités de la symphyse, la malade pouvait marcher, mais ressentait une grande fatigue.

A l'heure qu'il est, la symphyse est tout à fait solide.

L'auteur cite encore l'observation d'une malade chez laquelle la suture faite au moyen du fil d'argent a résisté au massage de l'utérus fait pour arrêter une hémorragie pour inertie utérine.

Chez deux autres malades, il restait un léger chevauchement des extrémités de la symphyse ; mais la malade n'était nullement entravée. Ici, la suture, faite avec du fil d'argent, n'a pas réussi, ayant coupé les tissus.

Dans deux cas, la symphyséotomie était accompagnée de graves lésions des parties molles (déchirure du corps caverneux du clitoris, déchirure de l'urètre). A ce moment, on fit des sutures ; il resta une petite fistule qui guérit. L'incontinence des urines n'était que peu accusée et passagère.

L'auteur décrit ensuite la méthode employée par Schauta pour la suture osseuse. Il perfore l'os à l'endroit, assez loin de la ligne de

section, où il est sûr de ne trouver rien que de la substance osseuse. Pour protéger les parties molles, on insinue entre les bords de la symphyse sectionnée une spatule. Après avoir ainsi perforé d'un côté, on passe avec une pince un gros fil d'argent dans l'œillère du perforateur ; cela fait, on retire le perforateur muni ainsi du fil, et l'on recommence la même opération du côté opposé. Une fois le fil d'argent passé, on procède à la suture des aponévroses et du périoste et enfin de la peau. Ce n'est qu'à ce moment qu'on change la position des jambes en les tournant en dedans, en même temps deux aides pressent sur les parties latérales du bassin. L'adaptation étant absolument parfaite, on commence par nouer en première ligne les fils d'argent profonds, puis les fils du périoste et enfin ceux de la peau.

(*Bull. gén. de thér.*)



27. — Hystérectomie abdominale après deux laparotomies. (*British medical Journal*, 1894.) — M. Edw. Malins rapporte l'observation suivante :

Jeune fille de 19 ans, réglée à 16 ans, une fois seulement ; à 17 ans et demi également une fois légèrement : depuis elle n'avait plus rien vu.

Il se produit un accident dont la nature n'a pu être bien déterminée à l'âge de 11 ans. Quatre mois avant son entrée elle reçut un coup qui la contraignit à garder le lit pendant quelques jours avec de vives douleurs dans l'abdomen. Actuellement elle est atteinte d'atrésie vaginale : hémato-salpinx gauche. Ablation par la laparotomie. Hématomètre consécutif ; hémato-salpinx droit ; ablation.

La malade alla bien pendant quelque temps après la seconde opération. Au bout de quelques mois une grosseur sensible au toucher fit son apparition du côté droit de l'abdomen, et une seconde grosseur fut constatée à droite de l'utérus dans la fosse iliaque droite ; cette dernière, de 9 centimètres de longueur, était mobile et allongée. Le vagin était imperforé à sa terminaison. Les deux grosseurs étaient évidemment l'utérus et la trompe droite, gonflés de sang.

Laparotomie ; rupture des adhérences à la paroi antérieure et à l'épiploon, embrassant l'utérus, la trompe et l'ovaire. Ablation de la portion renflée de l'utérus. L'utérus est amené en haut jusqu'à la plaie abdominale et transfixé avec une broche : ligature du pédicule et ablation ; suture des bords péritonéaux de la plaie autour du pédicule ;

badigeonnage du moignon avec le perchlorure de fer. Pansement avec la gaze au cyanure mercurique double. Le lien élastique fut enlevé au bout de treize jours. Il s'échappa de l'utérus à peu près 124 grammes de sang épais et foncé. La trompe avec l'ovaire pesaient 180 grammes.

Santé excellente depuis l'opération.

(*Revue de thér. méd. chir.*) BLONDEL.



28. — De l'action antiseptique de l'électrolyse dans le traitement de la vaginite. (*Journal de méd. de Paris*, 16, 23 et 30 décembre 1894.) — Le Dr LE BLOND et son interne M. LÉVY, ont expérimenté, à Saint-Lazare, sur des femmes atteintes de vaginite, l'efficacité du courant de pile : ce dernier est antiseptique, facile à doser et à manier. L'anode, entourée d'un tampon d'ouate et introduite dans le vagin rempli d'eau salée, décompose les liquides vaginaux, détruit les microbes et provoque une abondante sécrétion qui expulse les organismes cantonnés au fond des culs-de-sac glandulaires. Dans certains cas, les auteurs ont pu atteindre des intensités de 175 milliampères sans provoquer de douleurs ou d'eschares. C'est le pôle positif, le seul antiseptique pour Apostoli, qui a constamment été mis en contact avec le vagin. Il a fallu en général deux et rarement six semaines (cinq à treize séances, intensités variant entre 25 et 80 milliampères) pour obtenir une guérison complète et permanente de la vaginite, aiguë, subaiguë ou chronique. Jamais on n'observe de complications et la douleur est nulle. On peut ainsi augmenter l'intensité du courant jusqu'au moment où la douleur apparaît (névralgies, chaleur au pôle négatif, etc.). Pas d'eschares, de fatigues ou d'étourdissements, de dérangement dans les règles.

Telle est cette méthode qui mérite toute l'attention des gynécologues et se recommande par sa grande simplicité.



29. — Traitement des crampes des femmes en couches. — Voici la façon de procéder que conseille le Dr Flandin (de Borjac) : La jambe de la parturiente étant autant que possible en extension on saisit le pied à pleine main et on le fléchit sur la jambe brusquement et avec force. Au bout de 2 ou 3 secondes les crampes

cessent. Elles peuvent revenir, mais on en est quitte pour recommencer, ce qui n'a rien de bien pénible. On peut obtenir le même résultat en faisant appuyer fortement le pied à plat contre le bois du lit, mais pas mal de femmes se refusent à le faire. Le soulagement serait obtenu de même si la parturiente pouvait se lever et se tenir debout.

Ce mode de traitement des crampes est connu depuis longtemps, mais il n'en était pas moins utile à rappeler à nos lecteurs, car il réussit presque toujours et il est d'une grande simplicité.

***

30. — **Le massage en gynécologie**, par le Dr Evmenieff (*Ve Congrès des médecins russes*). — Voici les résultats obtenus par la méthode de Brandt, que l'auteur préfère au procédé suédois : parmi les malades traitées, il y avait 52 p. 100 de métrites et d'annexites ; 24,5 p. 100 de déplacements utérins ; 12,9 p. 100 de métrorrhagies. Les affections inflammatoires ont toutes guéri définitivement ; tandis que les prolapsus avaient toujours une tendance à récidiver. Dans les flexions de l'utérus le massage, sans amener le redressement, a cependant donné de bons résultats, car il reproduisait la distension des cicatrices et des adhérences, une diminution des phénomènes péri-utérins et l'amélioration de l'état général. Le massage utérin a, d'après l'auteur, surtout cet avantage qu'il n'oblige pas la malade de garder le lit ; mais il doit être fait par le médecin lui-même, ou du moins sous sa direction.

(*Revue d'hygiène thérap.*)

FORMULAIRE

—

Traitement des fissures à l'anus par la cocaïne et l'ichthyol.

(Jules Chéron.)

La fissure à l'anus est une affection que les gynécologistes ont souvent l'occasion d'observer et de traiter, les femmes étant prédisposées à cette maladie par la fréquence, chez elles, des hémorrhoïdes et de la congestion des organes pelviens.

La plupart des traitements médicaux sont d'une telle infidélité que beaucoup d'auteurs conseillent uniquement l'intervention chirurgicale, dès que la fissure à l'anus est diagnostiquée.

Le traitement suivant nous a donné des succès constants, dans tous les cas où nous l'avons employé ; il peut donc être mis en parallèle avec l'intervention chirurgicale par sa réelle efficacité et il est facile à faire accepter des malades les plus pusillanimes. Il repose sur l'emploi consécutif de la cocaïne et de l'ichthyol.

Après avoir entr'ouvert l'anus et reconnu le siège de la fissure, on applique localement un petit tampon d'ouate hydrophile imbibé de chlorhydrate de cocaïne à 1/20, voir même à 1/10, si la sensibilité est très vive. Au bout de cinq minutes, l'anesthésie locale est obtenue et on peut cautériser la fissure avec l'ichthyol pur. Une baguette de verre aseptisée est plongée dans l'ichthyol dont on laisse tomber une ou deux gouttes sur la fissure.

Les mêmes applications de cocaïne, puis d'ichthyol, sont répétées les jours suivants.

A la 4e ou la 5e séance, le tampon de cocaïne est introduit jusqu'au niveau du sphincter, et, au bout de cinq minutes, il devient possible de faire une dilatation légère de l'anus avec le dilatateur de Nélaton : on a ainsi, sous les yeux, la fissure bien étalée et on la touche, dans toute sa hauteur, avec l'ichthyol.

A mesure que la cicatrisation avance, les dilatations se font plus facilement et peuvent être poussées plus loin, de façon à faire cesser la contracture du sphincter qui complique si fréquemment les fissures anciennes.

Les fissures récentes peuvent être guéries en une dizaine de séances par le mode de traitement que je viens d'exposer ; pour les fissures anciennes, à bords plus ou moins calleux, la guérison demande plus de temps ; il est rare cependant qu'on ait besoin de faire plus d'une vingtaine de séances.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

LA GALVANOCAUSTIE CHIMIQUE INTRA-UTÉRINE

Il est peu de questions qui aient été l'objet de travaux aussi nombreux, de discussions aussi répétées et aussi contradictoires que celle de la galvanocaustie chimique intra-utérine. Tandis qu'elle suscitait l'enthousiasme de quelques-uns, elle était accusée d'impuissance complète par les autres. Préconisée et méthodisée par M. Apostoli, dès 1883, et appliquée par lui au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, de l'endométrite, de l'aménorrhée, des déviations utérines, etc., elle est devenue entre ses mains et entre les mains de ses élèves, la rivale de l'hystérectomie, du curettage et du massage gynécologique. On peut dire sans exagération qu'elle a fait le tour du monde et qu'elle a été expérimentée dans tous les pays civilisés ; aussi la galvanocaustie chimique intra-utérine possède-t-elle déjà une bibliographie des plus riches avec laquelle on ne pourrait guère comparer que la bibliographie des salpingites.

Malgré cet amas de documents si considérable, il est encore, actuellement, très difficile de se faire une opinion définitive sur les indications précises et sur la valeur exacte de la galvanocaustie chimique intra-utérine. Aussi devons-nous être

reconnaissants à notre distingué confrère de Gand, le Dr Frédéricq (1), d'avoir repris cette question d'une façon tout à fait impartiale, d'avoir institué des expériences vraiment instructives à ce sujet, et d'avoir résumé, sans parti pris, sans enthousiasme exagéré comme sans détractation systématique, les résultats cliniques obtenus par lui. C'est ce travail important que nous allons résumer; nous n'ajouterons que quelques mots, à la fin de cette Revue, pour nous donner la satisfaction de constater la concordance de nos idées personnelles avec celles de l'auteur, en ce qui concerne au sujet du traitement des endométrites, la supériorité du curettage et des autres modes de cautérisation.

M. Frédéricq a institué une série d'expériences très bien conduites ; il soumettait à la galvanocaustie chimique des utérus qui devaient être enlevés par l'hystérectomie vaginale et, après opération, il notait les modifications microscopiques et histologiques attribuables à l'électrisation. Nous ne parlerons que pour mémoire des expériences faites sur des utérus de lapines et qui n'ont, au dire même de l'auteur, qu'une importance relative au point de vue clinique.

Voici les conclusions du chapitre des expériences personnelles de l'auteur :

« Lorsqu'on emploie le mode opératoire dont nous nous sommes servi (hystéromètre en platine d'Apostoli comme pôle intra-utérin; gâteau de terre glaise comme pôle abdominal) et que l'on examine une cavité utérine traitée par la chimie caustique, on peut suivre de visu la cautérisation produite par la sonde galvanique, en observant l'eschare qui en résulte. On remarque alors que souvent la sonde n'a touché qu'une partie du fond de la matrice, la droite ou la gauche, suivant les cas, ayant échappé à l'action destructive du courant, sans qu'on ait pris des précautions pour qu'il en fût ainsi, et en dépit des mouvements qu'on aurait pu imprimer à la sonde

(1) Frédéricq. La chimie caustique en gynécologie. (Extrait des *Archives de Pharmacodynamie*, vol. I, fasc. 5.) Lierre 1895, vol. in-8° de 100 p. avec 8 fig. dans le texte.

pendant le passage du courant. On devrait donc pouvoir se servir d'un électrode qui remplirait exactement toute la cavité utérine et qui toucherait toute la surface de la muqueuse.

« Les eschares positives sont d'un gris jaune avec une légère teinte verdâtre ; cette coloration est claire, quelquefois plus foncée; elle tranche sur les parties voisines qui sont plus rouges sans qu'on puisse dire toutefois que cette rougeur soit due à une zone réactionnelle hyperhémique bien déterminée.

« Les eschares ne sont pas de même intensité sur tout le parcours de la surface cautérisée, mais elles sont toujours bien délimitées. Les eschares négatives sont d'un gris verdâtre, elles sont moins bien délimitées que les eschares positives, elles sont également plus molles.

« Si maintenant on examine au microscope des petites portions de la paroi utérine ainsi traitées, prises aux endroits où l'eschare existe, on est frappé de l'inconstance de l'action du courant électrique.

En effet certaines parties de la muqueuse sont cautérisées à outrance, la nécrose se remarquant jusque dans la musculature et cette nécrose peut aller jusqu'à l'abcédation. A côté de ces parties complètement mortifiées et perdues, d'autres situées dans le voisinage de ces dernières ont échappé pour ainsi dire entièrement à l'action destructive du courant et cela dans des utérus à cavité régulière, non élargie, même après plusieurs séances de chimie caustique.

« On devait donc admettre ici des points de minoris resistentiœ par où le courant passerait plus volontiers, pareils à ceux qu'on observe sur les parois abdominales, lorsque l'épiderme y est entamé ou que l'électrode est plus entièrement appliquée sur une partie ou sur l'autre.

« Cette circonstance est du plus haut intérêt; elle permet en effet d'expliquer certains faits cliniques dont nous devons parler plus loin. En effet, si toute la muqueuse d'une cavité utérine quelconque était cautérisée avec l'intensité que nous avons pu constater sur certaines portions de muqueuse, toute régénération, toute restitution ad integrum serait matériellement impossible, ou aboutirait fatalelement à l'atrophie de cette muqueuse. D'un autre côté, comme nous le verrons, plusieurs des patientes que nous avons soumises à de nombreuses séances d'électrisation, ayant un traitement électri-

que complet, sont devenues enceintes : nous croyons qu'elles le sont devenues précisément à cause des portions de leur muqueuse utérine respectées ou tout au moins influencées dans des proportions beaucoup moindres. Les récidives que nous avons observées dans les cas d'endométrites traitées et en apparence guéries par l'électricité, s'expliqueraient par la même raison ; certaines parties malades de la muqueuse n'étant pas atteintes par le courant, ne se guérissent pas et propagent de nouveau le mal aux parties influencées et devenues saines à la suite de l'application de la chimie caustique. Nous avons vu ainsi l'épithélium de la muqueuse utérine, échapper en certains endroits à toute influence perturbatrice, quoiqu'elle ait été d'abord curettée et cautérisée ensuite au moyen de la galvanocaustie négative intra-utérine (3 séances, 80 à 150 M A).

« Les modifications que le courant galvanique fait subir aux tissus sur lesquels il agit sont importantes à noter.

« En général, les tissus se protègent plus ou moins efficacement contre les effets destructeurs de la chimie caustique par la production d'une zone réactionnelle hyperhémique, d'une infiltration leucocytique manifeste que l'on rencontre presque sur toutes les coupes et qui forment une espèce de barrière entre le tissu influencé et celui qui ne l'est pas. Cette zone se remarque quelquefois dans la muqueuse près de l'épithélium, quelquefois plus profondément à la limite de la muqueuse et de la musculature ; elle peut même être reculée jusque dans la musculature et profondément dans celle-ci, d'après l'intensité de la cautérisation.

« La limite entre le tissu atteint et celui qui a échappé, est parfois très nettement marquée. C'est ainsi que nous avons observé, dans certaines coupes, des vaisseaux dont la moitié des parois tournée vers la zone nécrotique avait également subi la nécrose, et dont l'autre moitié correspondant à la zone vivace, avait conservé ses caractères normaux.

« Le premier effet de la chimie caustique sur les tissus est la décoloration de ceux-ci, les contours des cellules deviennent moins nets, les noyaux également.

« A un degré plus prononcé de cautérisation, les noyaux et les cellules ne se distinguent plus ; on se trouve devant une masse de tissus plus ou moins amorphes, cette nécrose peut être poussée jusqu'à l'abcédation.

Dans beaucoup de coupes faites sur différentes matrices, nous

avons souvent pu remarquer un certain travail de dégénérescence granulo-graisseuse, représentée soit par de fines granulations disséminées dans les différents tissus, soit par de grandes cellules remplies de granulations graisseuses plus volumineuses et disposées d'une façon plus symétrique. Les glandes peuvent disparaître complètement par destruction. Les veines présentent parfois des thromboses bien marquées. Toutes les modifications indiquées peuvent se remarquer jusque dans la musculature.

« A intensité égale, l'action des courants négatifs serait plus énergique que celle des courants positifs, d'après nos résultats. »

Le chapitre clinique est à lire ; nous ne pouvons malheureusement qu'en donner les conclusions, mais auparavant nous devons citer encore les lignes suivantes qui sont la réponse à l'importante question : le traitement électrique (par la galvanocaustie chimique bien entendu) est-il dangereux ?

« Comme nous l'avons dit plus haut, dit M. Frédéricq, nous avons effectué plus de mille séances de chimie caustique intra-utérine pour toutes espèces d'affections (224 séances pour fibro-myomes) avec deux cas de mort. Dans l'un de ces deux cas, à côté d'un kyste de l'ovaire gauche, l'autopsie démontra la présence d'un sarcome de l'ovaire droit, adhérent à la matrice et que nous avions pris pour un fibro-myome. Or les kystes et les tumeurs sarcomateuses sont, pour la plupart des auteurs, des contre-indications à l'emploi de la galvano-caustie intra-utérine ; et l'accident survenu, s'il n'est pas fortuit, est imputable plus à l'opérateur qu'à la méthode. Le second cas est plus grave et pèse de tout son poids sur les manipulations électriques intra-utérines ; nous en avons donné l'observation dans le chapitre précédent. Comme dans le premier cas, une seule séance de chimie caustique a été effectuée. La patiente était atteinte d'endométrite suite de couches ; elle meurt d'une péritonite infectieuse, onze jours après l'application unique du courant constant (100 MA pendant 8'). Si l'on exclut une cause fortuite, étrangère et préexistante au traitement, cette péritonite infectieuse ne peut s'expliquer que par les manipulations nécessaires à l'application du courant constant ou par le courant lui-même. La sonde intra-utérine ne pouvait être sérieusement infectée, car la même matinée nous fîmes quatre autres applications du courant

constant avec la même sonde. Ces quatre autres applications furent respectivement de 160 MA pendant 16 minutes, de 75 MA pendant 10', de 120 MA pendant 10', et de 150 MA pendant 10' également. Chez aucune de ces quatre patientes, nous n'observâmes le moindre symptôme anormal. La sonde avait été, comme toujours, essuyée avec soin et désinfectée dans une solution d'acide phénique à 2 1/2 p. c. Elle n'avait cependant pas été flambée comme nous ne négligeâmes plus de le faire, après cette triste expérience. Le vagin avait été désinfecté avec une solution d'acide borique, le spéculum appliqué et le col nettoyé au moyen d'un tampon d'ouate antiseptique, avant l'introduction de la sonde. »

Rappelant les travaux qui ont été faits pour établir l'action antimicrobienne de la galvanocaustie chimique, l'auteur ajoute :

« Lorsqu'on a assisté, comme nous, à une séance d'électricité intra-utérine entraînant à sa suite des conséquences aussi dramatiques, il est permis de devenir quelque peu sceptique sur les vertus antimicrobiennes de la chimie caustique... Nous ne voulons pas dire que le courant en lui-même soit septique, nous admettons au contraire volontiers qu'il a des propriétés antiseptiques comme tout cautère ou comme tout autre caustique ; mais nous croyons qu'il peut aussi, comme ces derniers modifier désavantageusement une surface qui, avant l'application du courant, ne présentait pas de réceptibilité pour les bactéries existant dans son voisinage. »

Voyons, pour terminer cette analyse, les conclusions du chapitre clinique :

« La chimie caustique intra-utérine doit être considérée comme un traitement efficace dans le cas de fibro-myome ; elle est à même de combattre les deux symptômes principaux de cette affection : les hémorrhagies et les douleurs.

« Elle provoque quelquefois la diminution de la tumeur, quelquefois même son expulsion hors de la cavité utérine (1). Elle peut donc combattre les phénomènes de compression. Elle n'est pas dange-

(1) Cette expulsion de la tumeur fibreuse, sous l'influence du traitement électrique, est, il faut bien le dire, exceptionnelle ; il s'agit du reste de faits que l'on peut observer également à la suite d'un traitement plus ou moins prolongé par les injections sous-cutanées d'ergotine ou par les dilatations répétées de la cavité utérine (J. B.).

reuse ou du moins le danger qu'elle fait courir aux patientes est minime (10 cas, 205 séances) en comparaison des dangers de l'affection elle-même.

Si l'on excepte le traitement chirurgical qui lui est évidemment supérieur, elle est plus efficace que tout autre traitement médical. On devra donc y recourir chaque fois que l'opération est contre-indiquée.

« Parfois elle sera à même de rendre opérable un cas, qui au début paraissait ne pas l'être, en améliorant l'état général de la malade et en rendant la tumeur plus mobile.

« Le traitement a l'inconvénient d'être long et pénible. La galvanocaustie est moins recommandable dans les cas d'endométrite, elle est inférieure au curettage et aux autres caustiques ; sa durée est trop longue, elle cautérise la muqueuse utérine d'une façon irrégulière ; c'est un caustique à localisation défectueuse.

« La guérison obtenue par ce mode de traitement est l'exception, les récidives sont fréquentes.

« On pourra l'employer comme traitement consécutif au curettage utérin.

« Sauf peut-être pour l'atonie utérine, ce mode de traitement est à rejeter pour les autres affections des organes génitaux telles que les déviations utérines, les annexites, les prolapsus de l'ovaire et autres, les cancers, etc., à cause de son peu d'efficacité.

« Le traitement électrique est contre-indiqué dans les cas compliqués d'entérite chronique, d'hystérie et de nervosisme prononcés. (Nous avons observé différents cas où le traitement a dû être suspendu pour ces causes).

« Il est formellement contre-indiqué dans les cas de sarcome de l'ovaire (1 cas de mort.)

« Il peut provoquer le prolapsus et l'inflammation des annexes, complications qui n'existaient pas avant.

« L'application même prolongée de la chimie caustique intra-utérine, positive ou négative, n'entraîne pas la stérilité (quatre cas de grossesse constatés après le traitement électrique complet).

« Le pôle positif est en général hémostatique, le pôle négatif hémorrhagique ; nous disons en général, car il n'y a rien d'absolu dans cette constatation, quelquefois même c'est le contraire qui se produit.

« L'application de la chimie caustique intra-utérine est doulou-

reuse, en général, à partir d'une intensité de 50 M A. Elle n'est pas absolument exempte de tout danger (un cas de mort attribuable à son application, il s'agissait d'une patiente atteinte d'endométrite) dans les cas non contre-indiqués. »

Tel est, trop brièvement résumé, le consciencieux mémoire de M. Frédéricq. Il confirme ce que je disais, en 1891, sur l'infériorité de la galvanocaustie chimique appliquée au traitement des endométrites. Voici du reste le jugement que je portais, à cette époque, sur la méthode de M. Apostoli, jugement que je n'ai pas à modifier aujourd'hui :

« La galvanocaustie chimique intra-utérine possède une double action thérapeutique : 1° une action dynamique interpolaire qui vise la nutrition de l'utérus et des tumeurs fibreuses contenues dans cet organe ; 2° une action caustique intra-utérine qui doit seule nous occuper en ce moment, puisque seule elle s'adresse à l'endométrite. Je suis convaincu, pour ma part, que les succès de la méthode de M. Apostoli, succès que l'on ne saurait mettre en doute, sont dus principalement à ce dernier mode d'action. C'est aussi l'opinion de M. Brose (1) et de M. Nicaise (2). Mais est-il bien nécessaire, pour cautériser la cavité utérine, de recourir à l'électricité ? Si l'endométrite est peu accentuée, les injections de teinture d'iode, les pansements intra-utérins à la gaze iodoformée, etc., précédée de la dilatation du canal cervical, en auront raison sans grande difficulté. Si l'endométrite est invétérée, je crois que le curettage est un procédé beaucoup plus scientifique et beaucoup plus sûr que la cautérisation électrique. On ne saurait en effet, suivant la remarque de M. Pozzi (3), avoir la certitude de détruire la muqueuse utérine aussi complètement avec une sonde rigide qu'avec une curette flexible qu'on peut promener avec force dans tous les sens et faire pénétrer dans tous les coins.

Il est bon de dire aussi que, sans présenter tous les dangers qui lui ont été attribués, la méthode de M. Apostoli n'est pas sans inconvénients dans le cas de lésions concomitantes des annexes, parce qu'elle laisse dans la cavité utérine des eschares qui peuvent s'alté-

(1) Brose, *Centr. für Gyn.*, 1889, n° 16.
(2) Nicaise, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1889, p. 530.
(3) Pozzi, *Traité de gynécologie*, p. 267.

rer sur place et aggraver l'affection des trompes. Aussi M. Apostoli (1) déclare-t-il lui-même qu'il faut être très réservé dans l'emploi de sa méthode lorsqu'on soupçonne une lésion des annexes. Le curettage, lorsqu'il est pratiqué d'une façon convenable, est au contraire sans danger dans ce cas ; il peut même améliorer l'état des annexes lorsque ceux-ci ne sont pas gravement atteints, de même que la cystotomie peut, d'après mon maître, M. le Dr Guyon (2), améliorer les pyélonéphrites ; les faits sont comparables, ainsi que j'ai essayé de le mettre en relief dans un autre travail (3).

En résumé, l'efficacité de la méthode de M. Apostoli, réelle dans un grand nombre de fibromes hémorrhagiques, vient à l'appui de la thèse que je défends ; mais je reste convaincu qu'au point de vue de son action sur l'endométrite qui accompagne les tumeurs fibreuses, elle peut avantageusement être remplacée par les autres procédés de la médication topique intra-utérine.

Dans les endométrites invétérées elle paraît très inférieure au curettage. »

Si j'ajoute que l'action interpolaire dont nous parlons plus haut peut être obtenue, d'une façon non douloureuse et exempte de tout danger, au moyen de l'intermittence rythmée du courant continu (J. Chéron), de la décharge rythmée du condensateur voltaïque (J. Chéron), remplacée, même jusqu'à un certain point, par le massage manuel associé ou non au massage vibratoire, j'aurai suffisamment expliqué pourquoi je n'utilise pas, personnellement, la méthode de M. Apostoli, malgré l'efficacité réelle de cette méthode dans nombre de cas.

Jules Batuaud.

(1) Apostoli, *Congrès médical internat. de Berlin*, août 1890.

(2) Guyon, De l'influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrites. *La Semaine médicale*, 3 sept. 1890.

(3) Batuaud, L'influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrites comparée à celle du traitement de l'endométrite sur les salpingites, *Revue des mal. des femmes*, oct. 1890.

L'AQUAPUNCTURE OU DOUCHE FILIFORME

en gynécologie et en neuropathologie,

Par le Dr E. Verrier.

—

Certes l'aquapuncture n'est pas un procédé nouveau en thérapeutique, et s'il est peu répandu ce n'est pas qu'il manque d'efficacité ; mais, d'après MM. Lereboullet, Mathias Duval et Dechambre (1), « il serait douloureux et les appareils à aquapuncture imparfaits et peu usités ».

Ces appareils ont été perfectionnés par Salles-Girons qui a appliqué le procédé sous le nom de *douche filiforme*, mais telle que l'employait Salles-Girons, cette douche était encore assez douloureuse, le conduit filiforme s'obstruait fréquemment au milieu de l'administration de la douche à cause de sa trop grande finesse. Il aurait fallu ne se servir que d'eau distillée et, en raison de sa grande pression, elle causait de l'irritation au lieu d'une simple révulsion sur la partie douchée, elle perçait rapidement le derme et faisait saigner le malade. Cependant Fleury la considérait déjà comme un excellent esthésiomètre.

C'est à N. Pascal que l'on doit la meilleure modification apportée à l'appareil de Salles-Girons.

Au lieu de plusieurs tuyaux métalliques adaptés à un corps de pompe, restes de l'ancien appareil à aquapuncture, qui forçait le malade à prendre des positions souvent gênantes et à les modifier incessamment, au lieu d'un plus long tuyau en plomb, ajouté par Salles-Girons et se brisant facilement pour peu qu'on fît subir à ce tuyau les mouvements de flexion indispensables pendant l'administration de la douche, Pascal a supprimé toute cette quincaillerie et tel qu'il est constitué aujourd'hui l'appareil simplifié par Pascal se compose d'un corps de pompe aspirante et foulante et d'un tuyau unique en caoutchouc de petit diamètre se composant d'une série d'enveloppes également en caoutchouc vulcanisé et maintenues par des spirales en fil de cuivre pouvant résister à une haute pression.

(1) *Dictionnaire usuel des Sciences médicales*, article : Aquapuncture.

Ce tuyau est terminé par un cône percé d'un trou un peu plus grand que celui de l'appareil de Salles-Girons pour donner libre passage à l'eau. On peut du reste avoir trois tubes de terminaison sur le même pas de vis avec des trous de différentes grandeurs sériés du plus fin au plus grand n°s 1, 2 et 3, afin de répondre à toutes les indications. Cette dernière innovation que j'ai moi-même introduite dans l'appareil de Pascal permet d'agir sur les surfaces de plus en plus grandes suivant la susceptibilité du sujet et d'obtenir ainsi une révulsion plus ou moins étendue sans produire de douleur ni d'irritation, sans offenser les tissus, ni faire couler le sang.

Pascal, hydropathe de profession, avait confirmé le nom de douche filiforme adopté par Salles-Girons. Mais rien ne ressemble moins à une douche que ce procédé de révulsion, aussi proposerai-je de lui laisser son vrai nom scientifique sous lequel il était connu des médecins de l'antiquité, celui d'AQUAPUNCTURE.

Cela n'empêche pas que l'appareil ne soit bien placé dans un établissement d'hydrothérapie scientifique, parce que l'aquapuncture doit toujours être suivie d'une douche générale en jet ou en éventail, avantage que les anciens praticiens ne possédaient pas lorsqu'ils employaient l'aquapuncture.

Mais il est rigoureusement indispensable qu'un médecin seul, aidé d'un manœuvre pour la pompe, se serve de cet appareil, car son emploi réclame des connaissances anatomiques et physiologiques que ne sauraient posséder des empiriques, ni des garçons de bains.

J'ai aussi remplacé, dans l'appareil de Pascal, le filtre au charbon qui était au-dessous du corps de pompe et laissait passer des poussières et des grains de sable qui obstruaient le tuyau par un filtre Chamberlain placé au-desssus de l'appareil qui me donne une eau extrêmement claire et nette, de telle sorte que je n'aie pas à redouter l'encrassement ou l'obstruction des cônes terminaux les plus fins de la série.

On évite ainsi bien des réparations et d'ailleurs il est encore bon après chaque opération de passer dans le trou du cône qui vient de servir un fil de laiton approprié, comme on le fait pour empêcher l'encrassement de la seringue Pravaz.

Enfin tous les appareils sont munis d'un manomètre pour mesurer la pression qui variera de 5 à 15 et 20 atmosphères suivant

les indications du médecin traitant et la susceptibilité des malades.

INDICATIONS DE L'AQUAPUNCTURE.

Technique de l'opération.

Les anciens employaient l'aquapuncture contre les névralgies et en particulier contre la sciatique chaque fois qu'une forte révulsion était indiquée.

Aujourd'hui que la neuropathologie a fait beaucoup de progrès on peut préciser les genres de maladies dans lesquelles l'aquapuncture est appelée à rendre des services, ainsi :

Dans l'anesthésie hystérique générale ou partielle dans les deux sexes, dans l'hémianesthésie, les anesthésies localisées suite de paralysie, dans la paralysie du plexus brachial par exemple, dans l'ataxie locomotrice que l'incoordination des mouvements dépende d'un *tabes dorsalis* vrai, d'un *pseudo tabes* ou d'une névrite périphérique de nature non infectieuse.

Dans les ovarites chez la femme, dans certaines formes de la sclérose, notamment lorsque les cordons postérieurs de la moëlle se trouvent affectés, dans la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), dont la thérapeutique est si pauvre, dans les paralysies en général et dans les atrophies musculaires, s'il n'y a pas de dégénérescence de la fibre contractile, elle rend autant de services que l'électricité et plus promptement. Cette dernière médication pourtant a l'avantage sur l'aquapuncture de concourir au diagnostic (*électro-diagnostic*) par la constatation de la réaction de dégénérescence. On se sert encore de l'aquapuncture dans les contractures, toux spasmodique, hoquet, dans différentes formes de la myélite, etc.

Dans les crises hystériques ce que recherche surtout le praticien c'est l'effet sédatif, calmant. Or, ce que l'on obtenait avec la douche filiforme de Salles-Girons, on l'obtient plus facilement avec l'aquapuncture appliquée à l'aide de l'appareil modifié par Pascal et par moi.

A cet effet, le bout du tuyau devra être éloigné du malade de 0,25 à 0,30 centimètres. Si, au contraire, il s'agit de rendre la sensibilité à une partie anesthésiée ou de combattre une névralgie rebelle, chaque fois, enfin qu'il y a indication d'une révulsion

énergique, on devra rapprocher du malade l'extrémité du tuyau, 0,10 à 0,15 centimètres par exemple et promener la fine colonne d'eau sur la partie malade en insistant davantage sur les points les plus douloureux. Il faudrait alors que la névralgie soit bien intense pour résister à une pareille révulsion, ou que l'anesthésie ou l'analgésie soient bien profondes, la sensibilité bien abolie pour qu'après quelques instants d'application l'aquapuncture n'ait pas rétabli la sensibilité normale.

On peut toujours en cas d'insensibilité persistante porter la pression de 12 à 20 atmosphères et se servir de l'embout n° 1, alors l'aquapuncture ne tarde pas à devenir douloureuse et la sensibilité à reparaître avec exagération.

C'est encore une raison pour laquelle l'intervention d'un médecin est toujours nécessaire, car il faut qu'il veille soigneusement à ne jamais dépasser le but qu'il se propose d'atteindre. Une douche sédative succédant d'ailleurs à l'aquapuncture calmerait la superexcitation.

Pour ne pas fatiguer les malades on peut également, lorsque les surfaces à révulser sont étendues, ne donner à la séance que quelques minutes de durée.

On marque alors par un trait avec la filiforme dirigée avec insistance l'endroit où l'on en est resté pour reprendre le lendemain. Le trait rouge persiste et on continue l'opération ; en quelques séances, on peut ainsi, sans douleurs et sans fatigues pour le malade, rendre la sensibilité normale aux parties anesthésiées.

Dans les affections myélopathiques on appliquera l'aquapuncture sur les côtés de la colonne vertébrale où elle agira mieux et plus promptement que les pointes de feu, sans avoir l'inconvénient des cicatrices qui succèdent aux mouchetures.

Quelquefois on combinera les deux procédés en ayant soin d'alterner et de séparer suffisamment les séances.

On peut aussi suivre avec le procédé sédatif (éloignement de 0,30 c. du sujet) la ligne des apophyses épineuses, ou bien produire s'il en est besoin une révulsion énergique sur les membres inférieurs en rapprochant l'extrémité du tuyau du corps du patient.

Enfin, il est des cas, dans les polynévrites par exemple, où la connaissance de la direction des nerfs et surtout les points d'élection où ils sont assez superficiels pour être atteints, est

indispensable au médecin qui entreprend une cure par l'aquapuncture.

Clinique.

Nombreuses sont les observations d'aquapuncture, mais je ne veux ici que rappeler les 15 cas publiés dans notre *Précis d'hydrothérapie scientifique* (1), dans lesquels l'aquapuncture a été employée sous le nom de douche filiforme, et en tirer les conclusions qu'il convient.

Observation 1re. — *Hémianesthésie hystérique.*

Procédé sédatif.

Retour de la sensibilité.

Obs. 2e. — *Crises d'hystéro-épilepsie. Insomnie.*

Procédé révulsif 12 atmosphères.

Fin des crises en 3 jours. Sommeil prolongé.

Obs. 3e. — *Hémiplégie. Hémianesthésie hystérique.*

Aquapuncture sur les membres et le cou.

Guérison de l'hémianesthésie en 2 jours et de l'hémiplégie en 8 jours.

Obs. 4e. — *Contractures hystériques. Hémianesthésie.*

Aquapuncture contre les contractures.

Alternatives d'améliorations et de rechutes. Guérison définitive.

Obs. 5e. — *Mouvements choréiques. Accès de suffocation.*

Aquapuncture. Procédé révulsif pendant les accès.

La chorée cède rapidement. La suffocation persiste. Guérison complète en un mois.

Obs. 6e. — *Ovarie à gauche, hémianesthésie hystérique du même côté. Somnambulisme.*

Aquapuncture et traitement hydrothérapique complet.

Guérison rapide de l'ovarie et de l'hémianesthésie. Guérison générale en 4 mois.

(1) *Précis d'hydroth. scientifique de N. Pascal*, 2e éd., revue et augmentée par le Dr E. Verrier. Paris, 1895.

Obs. 7e. — *Crises avec perte de connaissance, paraplégie. Hypertrophie du col ovarien, grande émotivité.*

Aquapuncture sur les reins. Douche hypogastrique. Applications froides sur les ovaires. Cautérisation du col.

Guérison progressive et complète.

Obs. 8e. — *Troubles profonds du système nerveux, gastralgie, psychose.*

Hydrothérapie générale. Gymnastique. Aquapuncture après les repas.

Guérison complète en 6 mois. La malade avait gagné 15 kilogr.

Obs. 9e. — *Refus d'aliments, émaciation, état grave chez une jeune fille.*

Alimentation forcée, douches générales. Aquapuncture et bains de siège à eau courante.

Il fallut 9 mois pour la guérison définitive.

Obs. 10e. — *Ataxie locomotrice chez une syphilitique (neuf ans après les premiers accidents). Impuissance.*

Aquapuncture sur les côtés de la colonne vertébrale et membre inférieur. Traitement spécifique.

Disparition progressive des douleurs fulgurantes, rétablissement de la marche normale, de la sensibilité et de la puissance génitale.

Obs. 11e. — *Douleurs nocturnes dans les membres inférieurs sur le trajet des sciatiques, engourdissement des genoux.*

Aquapuncture le long de la colonne vertébrale et sur le trajet des sciatiques, alternance avec pointes de feu. Elixir polybromuré. Chloral le soir.

Amélioration sensible en un mois. Guérison complète en 3 mois.

Obs. 12e. — *Hystérie chez l'homme. Crises quotidiennes périodiques.*

Aquapuncture suivie de douche générale.

Guérison en 12 jours.

Obs. 13. — *Autre hystérie masculine, points hystérogènes. Crises.*

Aquapuncture sur la partie postérieure, la masse sacro-lombaire et les membres inférieurs.

Guérison en 20 jours.

Obs. 14[e]. — *Enfant de 13 ans. Hyperesthésie à droite, douleurs et crampes dans les membres, paraplégie. Chorée rythmique.*

Fer, hydrothérapie générale. Aquapuncture sur les côtés, colonne vertébrale et les membres inférieurs.

Guérison en 3 mois.

Obs. 15[e]. — *Troubles mentaux, noromanie, mélancolie, pertes séminales.*

Teinture de mûrs, seigle ergoté, 3 douches par jour, bain de siège à eau courante. Aquapuncture quotidienne sur la région sacrée.

Guérison de la spermatorrhée par l'aquapuncture, persistance des troubles mentaux. Voyage en Suisse. Guérison.

Il va sans dire que chaque fois que nous avons employé l'aquapuncture, toujours la douche a suivi l'opération, dont désormais elle doit faire partie.

Quant aux conclusions à tirer de cette petite statistique, elles se déduisent d'elles-mêmes, je n'ai nul besoin de les indiquer.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(4[e] *article, voir les trois numéros précédents.*)

—

Pansements vagino-cervicaux,

Par le D[r] Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,

et le D[r] Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire. — Indications des pansements vagino-cervicaux dans les vaginites, les métrites, les endométrites, les affections des annexes, les déviations utérines, les cancers inopérables, les tumeurs fibreuses, les névralgies pelviennes, dans certaines hémorrhagies. Ce qu'on peut attendre des pansements vagino-cervicaux dans ces diverses affections, nécessité de varier le mode de pansement suivant les indications. Pansements post-opératoires.

Classification. Pansements compressifs (hémostatiques, tamponnement du

vagin), compressifs et résolutifs (columnisation). Pansements soutiens. Pansements isolateurs et absorbants. Pansements antiseptiques. Pansements osmotiques, osmotiques et antiseptiques. Pansements sédatifs.
Contre-indications des pansements. Utilité de varier le mode de pansement, chez la même malade.
Matériel des pansements vagino-cervicaux. Gazes stérilisées, principales gazes médicamenteuses employées en pansements. — Ouate sèche et médicamenteuse. — Glycérine simple et médicamenteuse. — Titre des divers glycérolés employés en pansements. — Qualités physiques et chimiques que doit remplir la glycérine pour produire le maximum d'effet osmotique.— Manière de préparer les tampons d'ouate pour pansements. — Solution de cocaïne pour pansements sédatifs.
Appareil instrumental : Spéculums, pinces à pansements.
Technique du tamponnement du vagin, de la columnisation, du pansement soutien, du pansement isolateur et absorbant, du pansement antiseptique, du pansement osmotique, du pansement sédatif.
Etude spéciale du pansement osmotique. En quoi consiste cette action osmotique ? Action osmotique comparée de la glycérine simple et de quelques glycérolés. Action décongestive corrélative de l'action osmotique. Action antiseptique. Action sédative. Supériorité des tampons glycérinés sur les ovules à la glycérine solidifiée.

Les *indications* des pansements vagino-cervicaux sont nombreuses et importantes.

Dans les vaginites primitives ou secondaires à une affection utérine, ils ont pour but d'isoler les parois du vagin et d'aseptiser ce conduit, ce qui est une double condition nécessaire à une prompte guérison.

Dans les métrites et endométrites, ces pansements combattent la congestion concomitante des affections utérines, absorbent et neutralisent les sécrétions morbides, calment les douleurs locales et peu à peu permettent de se rendre maître du processus inflammatoire.

Dans les affections des annexes, du paramétrium et du péritoine pelvien, la sédation des douleurs, l'arrêt des lésions et jusqu'à un certain point la régression des exsudats péri-utérins, l'évacuation des collections tubaires non enkystées sont des résultats à ne pas dédaigner.

Les pansements dont nous parlons sont indiqués dans les déviations utérines soit pour combattre les lésions inflammatoires concomitantes, soit pour maintenir provisoirement l'utérus dans la position qu'on a pu lui donner par la réduction manuelle et le massage, soit même pour favoriser la réduction graduelle de la déviation encore incomplètement réductible par le massage.

Dans les cancers inopérables, ils absorbent les sécrétions, diminuent les hémorrhagies, font disparaître ou masquent l'odeur fétide des écoulements symptomatiques.

Pour les tumeurs fibreuses accompagnées d'endométrite et de congestion chronique, les pansements sont d'une grande utilité en combattant les lésions accessoires dont les symptômes sont souvent aussi pénibles que ceux qui sont sous la dépendance directe de la tumeur.

La névralgie pelvienne, l'utérus irritable des auteurs anglais, peuvent être momentanément calmés par des pansements sédatifs appropriés.

Contre certaines hémorrhagies assez abondantes pour nécessiter un traitement direct avant qu'on puisse s'attaquer à la cause qui leur a donné naissance, le tamponnement du vagin est une ressource à ne pas négliger et depuis longtemps connue.

Enfin, après les opérations gynécologiques, le pansement vagino-cervical remplit ce rôle important d'aseptiser le vagin et de le maintenir aseptique jusqu'à réparation du traumatisme chirurgical.

On voit, par ce qui précède, que les pansements vagino-cervicaux permettent de remplir des indications multiples et importantes. Pour cela il faut savoir varier le mode d'emploi de ces pansements suivant les cas et s'adresser tour à tour aux gazes stérilisées ou médicamenteuses, aux tampons d'ouate imprégnés de poudres diverses ou imbibés de glycérine simple ou médicamenteuse, etc. Au lieu de classer, comme on le fait quelquefois, les pansements en pansements secs et pansements humides, en pansements à la gaze et en pansements à l'ouate, etc., nous croyons préférable de les classer suivant l'indication principale que le pansement a pour but de remplir. Nous verrons du reste qu'en combinant certains éléments, il est facile de remplir à la fois plusieurs indications.

Nous diviserons les pansements vagino-cervicaux en :

1° *Pansements compressifs* : Le *tamponnement du vagin* dans les hémorrhagies graves, est le type le plus connu de ces pansements. Il se fait actuellement avec la gaze iodoformée de préférence.

2° *Pansements compressifs et résolutifs* : Le tamponnement des culs-de-sac du vagin ou *columnisation* qui s'adresse surtout aux

affections des annexes, du paramétrium et du péritoine pelvien en est un exemple. Ces pansements ont pour but de faciliter l'évacuation de collections tubaires non enkystées et de favoriser la résorption des exsudats pelviens en produisant une compression élastique et méthodique de la région. On réalise cette compression de préférence avec de petits tampons d'ouate imbibés de glycérine iodoformée, de glycérine à l'ichthyol, quelquefois d'ichtyol pur, d'autres fois d'ouate imbibée d'une solution antiseptique quelconque, puis exprimée de façon à faire de petits disques superposés, etc.

3° *Pansements soutiens*. Ces pansements s'adressent aux déviations simples et non compliquées de lésions inflammatoires ; ils servent de pessaires provisoires et viennent en aide au massage ; on les fait indifféremment avec des gazes sèches aseptiques ou des ouates sèches aseptiques.

4° *Pansements isolateurs et absorbants*. Ils conviennent dans tous les cas où on veut isoler les parois du vagin et absorber les sécrétions qui prennent naissance dans ce conduit ou qui sont déversées par l'utérus. La gaze iodoformée convient mieux que tout autre matière pour atteindre ce résultat.

5° *Pansements antiseptiques*. Tel est le pansement à la gaze iodoformée qui représente le pansement post-opératoire type. On peut aussi faire des pansements antiseptiques à l'ouate imbibée de glycérine iodoformée, salolée, créosotée, etc., ou à l'ouate imprégnée de poudre de salol, d'iodoforme, de *di*-iodoforme, etc.

6° *Pansements osmotiques*. Les pansements à la glycérine simple ou médicamenteuse sont essentiellement osmotiques. Nous verrons plus loin en quoi consiste cette action osmotique dont l'importance ne saurait être trop mise en relief. Les pansements à la glycérine se prêtent du reste à des combinaisons multiples et d'un réel intérêt ; c'est ainsi qu'ils peuvent être à la fois osmotiques et antiseptiques, osmotiques et résolutifs, osmotiques et astringents, qu'ils peuvent en outre servir à la compression élastique des culs-de-sac (columnisation), au soutien de l'utérus, etc., etc.

7° *Pansements sédatifs*. Nous avons surtout en vue, sous cette dénomination, les pansements à la cocaïne qui sont, de tous, les plus sédatifs de la douleur et de l'éréthisme nerveux d'origine utérine ; il convient d'ajouter que les pansements osmotiques sont

en même temps sédatifs,quoique à un degré moindre que les pansements cocaïnés.

Les *contre-indications* aux pansements vagino-cervicaux sont, avant tout, les états inflammatoires aigus de l'utérus et des annexes. Il faut savoir en outre que, chez les malades très anémiées, à faible vitalité, les pansements osmotiques, malgré leur utilité incontestable, ne doivent pas être répétés tous les jours, sous peine d'aggraver l'anémie et d'augmenter à la longue la faiblesse générale ; c'est pourquoi, il faut savoir utiliser tour à tour et, suivant les indications, les divers modes de pansement que nous étudions ; le plus souvent, par exemple, il y a avantage à alterner les pansements osmotiques et les pansements secs, les pansements sédatifs et les pansements osmotiques, etc.

Le *matériel des pansements* vagino-cervicaux consiste en bandelettes de gaze stérilisée ou médicamenteuse et en tampons d'ouate sèche ou d'ouate imprégnée de poudres diverses, ou enfin, en tampons d'ouate imbibée de glycérine simple ou médicamenteuse, ou encore de cocaïne en solution.

Les principales *gazes* employées pour les pansements vagino-cervicaux sont : la gaze iodoformée, la gaze salolée, la gaze boriquée, la gaze salicylée, etc. La gaze iodoformée est, de toutes, la plus usitée, car c'est celle qui est la plus sûre au point de vue de l'antisepsie. Elle peut, dans presque tous les cas, rester sans inconvénients 48 heures en place avant d'être enlevée. La gaze salolée, d'une odeur plus agréable, donne moins de sécurité et doit être changée tous les jours. La gaze boriquée est trop peu antiseptique pour qu'on puisse l'employer en toute confiance ; il en est de même de la gaze salicylée.

Les gazes sont découpées en bandelettes de cinq à dix centimètres de large et, après stérilisation à l'étuve sèche, conservées dans des bocaux de verre à fermeture bien hermétique où on les saisit, avec une pince stérilisée, au moment de faire le pansement.

L'*ouate* à employer en pansements est l'ouate hydrophile stérilisée ; on en fait de petits tampons qu'on imprègne des diverses poudres antiseptiques et absorbantes : iodoforme, di-iodoforme, salol, acide borique, acide salicylique, salicylate de bis-

muth, sous-nitrate de bismuth, etc., ou bien, qu'on imbibe de glycérine soit iodoformée, soit di-iodoformée, salolée, boriquée, ichthyolée, créosotée, etc. On peut associer aussi à la glycérine le chlorate de potasse, le salicylate de soude, l'hydrate de chloral, l'alun, le tannin, etc. Les glycérines médicamenteuses se font à 5 ou 10 %, suivant les cas. Les tampons d'ouate imprégnée de poudres antiseptiques ou absorbantes servent surtout pour faire les pansements soutiens et les pansements isolateurs et absorbants. Les tampons d'ouate glycérinée représentent le type des pansements osmotiques qu'on peut faire aussi à la fois osmotiques et antiseptiques, osmotiques et résolutifs, etc.

Pour avoir le maximum d'effet osmotique, la *glycérine* que l'on emploie pour les pansements vagino-cervicaux doit répondre aux conditions suivantes :

1° Elle ne doit pas contenir plus de 4 % d'eau, ce qui lui fait marquer alors 30 degrés à l'aréomètre Baumé, pourvu qu'elle ne soit pas adultérée avec la glucose ;

2° Elle doit être parfaitement neutre. Le meilleur moyen de s'en assurer est de mêler, sur le porte-objet du microscope, une goutte de teinture de tournesol et une goutte de la glycérine à éprouver ;

3° Elle ne doit contenir ni chaux, ni oxyde de plomb, ni chlore, ni chlorures, ni acides gras ou minéraux ;

4° Sa saveur doit être franchement sucrée et en contact avec les tissus vivants, les muqueuses en particulier, ne doit faire éprouver aucune sensation pénible de brûlure ou même de cuisson.

Nous verrons bientôt en quoi consiste l'action osmotique de la glycérine.

Nous conseillons de faire les *tampons d'ouate* avec des fragments d'ouate hydrophile de 7 à 8 centimètres de long sur 4 centimètres de large et superposés de façon à faire un tampon de 3 centimètres d'épaisseur. Un fil de soie aseptique ou un cordonnet de coton de 40 centimètres de longueur, plié en deux, est passé en nœud coulant et serré au milieu du tampon ; les deux chefs de ce lien viendront pendre à la vulve, une fois le pansement en place, de telle sorte qu'il sera facile à la malade de retirer elle-même le tampon.

Une série de tampons d'ouate ainsi préparés doivent être tout

prêts d'avance, stérilisés et conservés, comme les gazes, dans un flacon bien bouché, jusqu'au moment d'en faire usage.

La *solution de cocaïne*, pour les pansements sédatifs, doit être une solution, dans l'eau distillée à 1/20. Il ne faut préparer d'avance qu'une faible quantité de cette solution qui s'altère facilement.

L'appareil instrumental est des plus simples :

Comme spéculum, trois spéculums de Cusco à valves démontables et de volumes variés, un spéculum à crémaillère oblique et à valves inégales (modèle Chéron) suffisent pour tous les cas.

Les pinces à pansement sont des pinces en acier nickelé, à crans d'arrêt, démontables et à mors lisses, ce qui en rend l'asepsie plus facile.

De préférence, on se servira, dans son cabinet, de pinces à branches coudées ; mais on peut très bien se contenter de pinces droites, bien que la coudure des branches permette mieux de voir dans le spéculum, où on place le ou les tampons.

Pour l'antisepsie des spéculums, des pinces et du matériel de pansement, nous renvoyons le lecteur à notre numéro de janvier 1895.

Une injection antiseptique doit précéder tout pansement vagino-cervical (voir le numéro de mars 1895). Quant à la technique du pansement, elle varie suivant le but que l'on se propose.

1° *Tamponnement compressif et hémostatique*. Le col est largement mis à nu à l'aide du spéculum à crémaillère ; le vagin est soigneusement étanché avec des boulettes d'ouate hydrophile aseptique et les culs-de-sac du vagin sont fortement bourrés avec une large et longue bandelette de gaze iodoformée qu'on met en place et qu'on pousse avec une pince, en serrant le plus qu'il est possible, les divers plis de la gaze pour faire une compression énergique.

Les culs-de-sac bien bourrés, le spéculum est légèrement retiré et on continue la compression du vagin qu'on fait moins forte que celle des culs-de-sac. On retire encore un peu le spéculum et on continue le bourrage de la partie moyenne du vagin, encore moins énergiquement comprimée que le fond ; on retire enfin complètement l'instrument pour bourrer plus mollement

encore la partie antérieure du vagin ; on laisse pendre hors de la vulve la partie inférieure de la bande de gaze pour permettre le retrait du tampon.

Très employé autrefois, ce mode de tamponnement très serré n'est plus considéré, en gynécologie, que comme une ressource provisoire, dans les hémorrhagies très graves, en attendant qu'on puisse s'attaquer directement à la cause de l'hémorrhagie, ce qu'on doit faire sans retard, aussitôt que cela est possible. Aussi renouvelle-t-on rarement ce tamponnement qu'on ne doit guère laisser en place plus de 12 heures. Le tampon retiré, on fera une grande irrigation vaginale chaude et on opérera suivant les circonstances, d'après la cause de l'hémorrhagie.

2° *Columnisation.* Le tamponnement compressif et résolutif, imaginé par Bozemann et Taliafero pour le traitement des exsudats pelviens, consiste à appliquer une série de petits tampons d'ouate dans les culs-de-sac du vagin maintenus par un tampon plus volumineux recouvrant le col utérin. Nous conseillons d'imbiber ces tampons avec de la glycérine à l'ichthyol à 5 ou 10 °/° suivant la tolérance de la malade, de façon à ajouter, à l'action compressive, l'action osmotique de la glycérine et l'action bien nettement résolutive de l'ichthyol dont Freund a montré toute l'importance. Ce mode de pansement se fera, de préférence, avec le spéculum à crémaillère qui permet, mieux que le spéculum de Cusco, de bien dégager les culs-de-sac pour y appliquer les petits tampons compressifs.

3° *Pansements soutiens.* Le pansement soutien pour le maintien de l'utérus dévié peut se faire indifféremment avec de la gaze iodoformée ou de l'ouate glycéro-iodoformée, glycéro-boriquée, ou encore avec de petits tampons d'ouate imprégnés d'une poudre antiseptique quelconque. On préférera les tampons secs, si la déviation ne s'accompagne pas de congestion utérine ou de métrite et d'endométrite ; dans le cas contraire, on utilisera les pansements glycérinés.

Le pansement soutien se fait d'une façon variable suivant la déviation à combattre : il se placera sous le col dans l'utéroptose simple, dans le cul-de-sac rétréci en cas de latéro-position, en avant du col dans les rétrodéviations réduites, mais mobiles, etc.

Le pansement soutien doit souvent être précédé d'une série de pansements destinés à combattre les complications de la dévia-

tion. C'est ainsi que, dans les rétro-déviations adhérentes, la columnisation du cul-de-sac postérieur à la glycérine ichthyolée aide beaucoup aux manœuvres de redressement et ce n'est que lorsqu'on aura obtenu la mobilisation qu'on s'adressera au pansement soutien. De même, lorsqu'il existe des lésions inflammatoires assez accentuées, ces lésions devront être l'objet d'un traitement approprié avant qu'on s'adresse à la déviation elle-même.

4° *Pansement isolateur et absorbant.* C'est le pansement des vaginites primitives ou secondaires. Il se fait avec une bandelette de gaze iodoformée de façon à dilater les culs-de-sac, à recouvrir le col et à séparer, dans toute leur hauteur, les parois du vagin l'une de l'autre. Un spéculum de Cusco suffit dans ce cas ; il faut prendre garde à ne pas choisir un instrument trop volumineux, surtout pour les premiers pansements, alors que la sensibilité locale est encore très vive. La gaze salolée, peut, à la rigueur suppléer la gaze iodoformée quand l'iodoforme crée un état nauséeux très pénible, ce qu'on observe quelquefois, mais il faut se rappeler que la gaze salolée ne doit jamais rester en place plus de 24 heures. On peut aussi faire des pansements absorbants avec des tampons d'ouate sèche imprégnés de poudre d'iodoforme, de diiodoforme, de salol, d'acide borique, de sous-nitrate de bismuth, etc., ou d'un mélange de ces diverses poudres.

5° *Pansement antiseptique.* Le type du pansement antiseptique est le pansement à la gaze iodoformée ; c'est, par excellence, le pansement post-opératoire. La technique est la même pour un tamponnement peu serré. Quand l'odeur de l'iodoforme incommode trop la malade, au lieu de laisser pendre à la vulve l'extrémité de la bandelette de gaze iodoformée, on attachera cette bandelette avec un fil de soie aseptique qu'on laissera seul hors du vagin. Il sera même bon de placer immédiatement derrière la vulve un petit tampon d'ouate enduit de vaseline boriquée pour bien isoler le vagin et pour empêcher l'urine de mouiller la gaze lorsque la malade urine, sur un bassin, dans son lit.

6° *Pansement osmotique.* Le col est mis à nu à l'aide du spéculum de Cusco ; un tampon d'ouate imbibé de glycérine simple ou médicamenteuse est porté, avec une pince, au contact du col et bien étalé à sa surface de façon à embrasser complètement et

étroitement la portion vaginale du col. Pendant que la pince maintient le tampon au contact du museau de tanche, le spéculum est retiré doucement, en écartant d'abord un peu ses valves pour arriver en avant du tampon sans le déplacer, enfin le spéculum fermé et la pince sont complètement retirés. Il faut être bien certain que le tampon reste bien au contact du museau de tanche, car c'est à cette condition seule qu'il remplira un rôle utile au point de vue osmotique. C'est pour avoir négligé cette précaution que quelques médecins ont essayé, sans grands résultats, les pansements glycérinés ; nous en voyons tous les jours des exemples dans la clientèle. Avec des tampons peu serrés, faits comme ceux que nous avons décrits, bien fortement imbibés, dans toute leur épaisseur, d'une glycérine présentant les qualités physiques et chimiques énumérées plus haut, enfin convenablement placés au contact du col utérin, l'effet osmotique se produit toujours et il en résulte constamment une amélioration dans l'état des malades.

7° Le *pansement sédatif* se place comme le pansement osmotique ; la seule différence réside en ce fait que le tampon d'ouate est imbibé de cocaïne en solution dans l'eau distillée au lieu d'être imbibé de glycérine ou d'un glycérolé quelconque.

Il est inutile d'insister sur le rôle mécanique que jouent le pansement compressif, le pansement soutien, le pansement isolateur, la columnisation ; l'action antiseptique des pansements à l'iodoforme, au salol, à l'acide borique, etc., se comprend sans qu'il soit besoin d'insister ; l'action sédative du pansement cocaïné ne demande pas davantage de développements. Mais nous croyons utile d'insister sur le pansement osmotique, le mode d'action de ce pansement étant moins connu et surtout exigeant quelques explications pour être correctement interprété. C'est ce qu'il nous reste à faire pour terminer ce chapitre.

En quoi consiste l'action osmotique des pansements à la glycérine ?

Lorsqu'on a fait un pansement glycériné dans de bonnes conditions, au point de vue matériel du pansement et de la technique de ce pansement, on observe une déperdition d'un liquide aqueux qui commence aussitôt et qui continue à se faire pendant au moins dix à douze heures, quelquefois même seize heures, si

bien que les malades sont obligées de mettre une garniture, comme à l'époque de leurs règles.

Si l'on recueille tout le liquide évacué, dans ces cas, on peut constater qu'il représente jusqu'à dix fois le poids de la glycérine contenue dans le tampon. La quantité de liquide varie du reste suivant le degré de congestion de l'appareil utéro-ovarien et du col en particulier ; elle est d'autant plus grande que la congestion est plus intense.

L'analyse chimique démontre que ce liquide se compose, pour 100 parties, de 98 parties d'eau, de 1 partie de matière organique et de 1 partie de sel calcaire. Ce liquide ressemble beaucoup, comme composition chimique, à la lymphe ; il est donc probable qu'il est emprunté, en majeure partie, aux riches réseaux lymphatiques de l'utérus ; il y a lieu de croire également que les capillaires abandonnent, à travers leurs minces parois, une certaine quantité d'eau empruntée au sérum sanguin : c'est une véritable saignée blanche, sans déperdition aucune des éléments figurés du sang, ainsi se comprend l'action décongestive et déplétive si remarquable du pansement osmotique.

Les substances qu'on ajoute à la glycérine augmentent généralement la quantité de liquide transsudé ; c'est ainsi que si l'on associe à la glycérine 5 % de son poids des substances suivantes, la quantité de liquide exosmosé est à celui qu'on obtient avec la glycérine seule :

pour l'acide picrique et l'acide salicylique, comme 9 est à 8 ;

pour l'iodoforme, pour le sous-nitrate de bismuth, comme 10 est à 8 ;

pour le tannin, comme 11 est à 8 ;

pour le salicylate de soude, comme 12 est à 8 ;

pour l'alun, pour l'ichthyol, comme 13 est à 8 ;

pour le carbonate de soude et de potasse, comme 20 est à 8.

Il est intéressant de noter que des antiseptiques comme l'acide picrique, l'acide salicylique, l'iodoforme, loin de diminuer le pouvoir osmotique de la glycérine, l'augmentent au contraire d'une façon très appréciable et que l'ichthyol, ce puissant résolutif des exsudats pelviens, exagère notablement l'action osmotique de la glycérine.

Le pouvoir décongestionnant du pansement glycériné est facile à observer : 1° à l'œil nu qui montre, après chaque panse-

ment une décoloration progressive de la muqueuse qui recouvre les lèvres du col utérin ; 2° au cervicimètre qui mesure exactement la diminution progressive du volume du museau de tanche ; la diminution du diamètre du col peut aller de 8 à 14 millimètres après une vingtaine de pansements, ce qui correspond à une réduction très notable du volume total du col ; le corps de l'utérus, lorsqu'il est en sub-involution, diminue lui-même, moins rapidement toutefois que le col.

Les pansements osomotiques possèdent une action sédative très marquée sur les phénomènes douloureux qui accompagnent les états inflammatoires de l'appareil utéro-ovarien.

Au point de vue antiseptique, ils peuvent rivaliser avec les pansements à la gaze iodoformée, puisque chaque pansement osmotique peut être additionné d'une quantité d'iodoforme en poudre aussi grande qu'on le désire. Il peut être préférable, dans certains cas, de remplacer le tampon d'ouate par de la gaze iodoformée dont la partie qui doit être en contact avec le col est préalablement imbibée de glycérine ; nous employons surtout ce mode de pansement après le curettage, lorsque le contact de la gaze sèche est péniblement supporté et éveille de la douleur.

On comprend, d'après ce que nous venons de dire, l'importance réelle que nous attachons aux pansements osmotiques, trop délaissés, croyons-nous, par beaucoup de gynécologues modernes.

Les ovules à la glycérine solidifiée, chargée ou non de substances antiseptiques, ont été largement expérimentés dans ces dernières années. Il faut se hâter d'ajouter que leur action est infidèle et de beaucoup inférieure à celle des pansements glycérinés correctement appliqués par le médecin. Il ne peut en être autrement, puisque, comme nous l'avons répété plusieurs fois, dans cet article, les pansements osmotiques ne produisent d'effet utile qu'autant que le tampon est maintenu très exactement en contact avec le museau de tanche. Avec les ovules, on laisse au hasard le soin de mettre la glycérine plus ou moins en contact avec le col et l'action osmotique est, par suite, des plus douteuses. Enfin, inconvénient plus grave encore, les malades ne prennent pas assez de précautions antiseptiques pour ne pas risquer quelquefois de s'infecter avec ces ovules.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBAIRE GÉMELLAIRE. RÉTENTION PENDANT QUINZE ANNÉES D'UN FŒTUS MORT A TERME. LAPAROTOMIE, GUÉRISON.

M. Folet (de Lille). — Je présente une observation de grossesse extra-utérine tubaire. Cette grossesse était gémellaire. L'un des fœtus était mort à deux ou trois mois ; mais l'autre était parvenu à terme, fait extrêmement rare dans les grossesses tubaires. (On n'en connait que six ou sept observations). Pendant quinze années, le sac fœtal contenant ces deux fœtus resta dans le ventre sans produire aucun accident. Depuis un an, de petites poussées de péritonite ayant amené des douleurs assez vives, la femme entra dans le service de la clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur, à Lille, pour être débarrassée de sa tumeur. L'opération fut laborieuse à cause de nombreuses adhérences du sac fœtal à l'intestin. On put, néanmoins, l'extirper en presque totalité. Seul, le fond du sac, trop adhérent, fut laissé en place et suturé en collerette à la partie inférieure de la plaie. Les suites furent idéalement simples et l'opérée guérit complètement en six semaines.

Le fœtus que je présente à l'Académie n'est pas un lithopédion. Ses tissus souples, non calcifiés, mais présentant une densification qui leur donne la consistance du lard cuit, ont conservé, sauf quelques modifications, leur structure reconnaissable à l'œil nu et au microscope, ainsi qu'il résulte de préparations et de coupes faites sur la peau, le tissu conjonctif et les muscles, par M. Curtis.

(*Bulletin médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRUGIE

Séance du 20 *mars* 1895.

DIAGNOSTIC DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES.

M. Le Dentu. — J'ai constaté, dès 1882, l'existence d'une crête médiane sur la face postérieure du corps de l'utérus, et j'ai appliqué, dans ma pratique, l'existence de cette crête au diagnostic des rétro-déviations utérines. Il y a trois ans je fis de cette découverte l'objet d'une leçon clinique dans mon service de Necker. Cette leçon fut rédigée par M. Piche vin et publiée dans la *Gazette Médicale*.

Vous savez que certains cas de rétroversions utérines ne sont pas toujours très faciles à diagnostiquer, par exemple lorsqu'il existe des petits fibrômes à la face postérieure ou à la face antérieure de l'utérus et lorsqu'il existe des lésions inflammatoires des annexes. Il y a donc un intérêt clinique à utiliser la présence de cette crête utérine que j'avais déjà vue en 1882. Quand donc l'utérus est en rétroversion, il suffit de porter le doigt dans le cul-de-sac postérieur et l'on sent cette crête à la face postérieure du corps utérin. On la sent d'autant mieux, dans la rétroflexion, que l'utérus, tassé, l'a rendue plus saillante. Je sais bien que l'hystérométrie peut nous donner tout de suite le moyen de diagnostiquer ces différentes dispositions. Mais l'hystérométrie demande des soins préliminaires. Il est donc bon de posséder dans la pratique un moyen de diagnostic plus rapide. Saenger a parlé dans ces derniers temps d'une petite crête située sur la face antérieure de l'utérus. Il la considère comme étant en relation constante avec la rétroversion congénitale de l'utérus.

Enfin, il y a quelques jours, M. Pichevin et moi nous avons constaté simultanément l'existence d'une petite crête antérieure de l'utérus dans les cas d'antéversion.

Je ne fais que signaler le fait. Nous sommes en train de l'étudier ; j'apporterai plus tard de plus amples détails.

(*Gaz. médicale. de Paris.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance de Mars 1895.

PARALYSIE DU BRAS CHEZ UN NOUVEAU-NÉ, CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE DE L'HUMÉRUS.

M. Loviot rapporte un cas de paralysie du bras survenue chez un nouveau-né à la suite d'une fracture de l'humérus qui se produisit, lors de l'accouchement, au moment où on dégageait les épaules. On appliqua immédiatement un appareil plâtré ; on constata les jours suivants l'apparition d'un cal volumineux, suivi bientôt de l'impotence du membre. Au bout de quelques jours le cal diminua et le membre reprit ses fonctions. M. Loviot attribue cette paralysie à la compression par le cal du nerf musculo-cutané.

M. Budin se demande si cette paralysie n'est pas due à la compression produite par l'appareil plâtré.

M. Charpentier fait remarquer que ce retour de la motilité, sans traitement, est exceptionnel.

Ce qu'on observe généralement, au contraire, c'est l'atrophie des muscles paralysés.

KYSTE PAPILLOMATEUX DE L'OVAIRE GAUCHE. ASCITE CONSIDÉRABLE. LAPAROTOMIE. GUÉRISON.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, chez laquelle, au mois de juin 1894, on pouvait sentir par le palper une masse mobile remontant assez haut dans le ventre, sur le côté gauche de l'utérus, avec lequel elle semblait être en connexion intime. Au mois de décembre la présence d'une grande quantité de liquide ascitique empêchait toute palpation ; le toucher ne donnait plus que des renseignements fort vagues. M. Touvenaint pratiqua la laparotomie, évacua une quinzaine de litres de liquide, et enleva une tumeur végétante de l'ovaire gauche insérée par un pédicule assez large sur la corne utérine gauche. Suites opératoires excellentes.



M. Loviot relate l'observation d'une femme chez laquelle des vomissements incoercibles, survenus dans le cours du troisième

mois de la grossesse, nécessitèrent un accouchement provoqué à 7 mois 1/2.

Les vomissements cessèrent comme par enchantement immédiatement après l'évacuation de l'utérus.



M. FORMAN lit une observation d'*expulsion d'un œuf complet (enfant vivant) à 7 mois de grossesse avec membranes intactes*. L'enfant, qui pesait 1.550 et mesurait 40 c. de longueur, vécut 16 heures. On vit survenir chez la paturiente qui, au moment de l'accouchement, était atteinte de pleuro-pneumonie sans épanchement, une pleurésie purulente qui débuta plusieurs jours après l'expulsion de l'œuf.



Elections de MM. DUMONT et LUGEOL au titre de *membres correspondants nationaux*, de MM. DUDLEY, HARRIS, HUNTER, ROBB et MONTOYA comme *membres correspondants étrangers*.

Séance du 28 *mars* 1895.

DE LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE.

M. GENDRON apporte la statistique de sa pratique intra-utérine.

M. FOURNEL. — La thérapeutique intra-utérine (dilatation de l'utérus, curage, résection de Schroeder), appliquée aux cas ou l'utérus est seul malade, a toutes ses préférences. En particulier, dans les métrites blennorhagiques, la dilatation prolongée de l'utérus peut donner les meilleurs résultats. Mais la thérapeutique intra-utérine (dilatation et curage) appliquée aux lésions péri-utérines et spécialement annexielles est plus souvent inutile, parfois dangereuse. Elle est dangereuse, car on a publié des cas de mort. Elle est parfois utile, mais on peut apprécier son utilité aux 1/10 seulement des cas traités. Et, en effet, il existe souvent des lésions ovariennes qui échappent à cette thérapeutique.

M. DOLÉRIS. — La thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles est la méthode de choix, et doit toujours précéder

l'ablation des annexes. Car la conservation des organes s'impose à la thérapeutique gynécologique. Il croit que le mécanisme habituel de la guérison provient de l'amincissement de la paroi du corps de l'utérus, de l'élargissement du canal tubaire intra-utérin et du drainage consécutif de la cavité des trompes.

M. Porak a pratiqué la dilatation de l'utérus dans les collections tubaires peu de temps après l'accouchement, alors que la période aiguë était passée. Il a constaté dans la plupart des cas des résultats excellents. Mais il existe des cas de mort qui n'ont pas été publiés. Il ne pense pas que le mécanisme invoqué par M. Doléris soit exact. Quoiqu'il ait observé l'évacuation du contenu tubaire, il n'a pu dilater le corps de l'utérus que dans un cas. Dans tous les autres cas, les tentes ont été refoulées dans la cavité du col, qui se détend alors dans des proportions considérables, tandis que la cavité du corps inhabité semble se rétrécir d'autant. La paroi utérine du corps paraît d'autant épaissie, tandis que la paroi utérine dépendant du col semble très amincie.

M. Auvard. — On obtient de très bons résultats non seulement par la dilatation de la cavité de l'utérus, mais encore par la columnisation du vagin. Je la préfère à la dilatation de l'utérus, qui présente des douleurs.

M. Nitot insiste sur la nécessité de ne recourir au traitement conseillé par M. Doléris que lorsque la période subaiguë est passée.

M. Touvenaint fait un rapport sur la candidature de M. Dumont (de Tourcoing).

M. Porak lit deux rapports sur les candidatures de M. Montoya (Medelin-Colombie), de M. Hunter Robb (Cleveland Ohio).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 *mars* 1895.

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

M. Rendu lit cette note de la part de M. Champetier de Ribes. Les vomissements de la grossesse, par leur fréquence et leur persistance, ont toujours vivement préoccupé les médecins et les accoucheurs ; cependant aucun des traitements appliqués jusqu'à

ce jour n'a été infaillible. Je désire vous parler aujourd'hui d'un nouveau mode de traitement préconisé par M. le Dr Gautier qui m'a donné d'excellents résultats dans tous les cas où on l'a employé : il s'agit de voltaïsation continue et descendante du pneumogastrique droit à faible intensité et à longue durée.

La technique employée par MM. Gautier et Larat est la suivante. On place l'électrode positive recouverte d'amadou entre les insertions claviculaires du sterno-mastoïdien, puis l'électrode négative, large de 10 centimètres, au niveau de l'ombilic. Chaque séance dure d'un quart à une demi-heure, en ayant soin d'ouvrir et de fermer le courant avec beaucoup de précaution afin d'éviter toute excitation. Ayant été appelé au commencement de 1893 pour soigner une malade portant une grossesse extra-utérine accompagnée de vomissements abondants et très fatigants, j'épuisai en vain tous les traitements mis en usage contre cette complication. Puis j'appris un jour qu'elle se faisait soigner par M. Gautier, leur médecin et ami, et je fus surpris des excellents résultats obtenus. Ayant été appelé en 1894 pour une grossesse de deux mois occasionnant des vomissements modérés, j'eus recours à M. Gautier qui les fit disparaître complètement en quelques jours.

Quelque temps après, M. Henry m'ayant consulté pour une de ses malades présentant des vomissements fréquents avec fétidité de l'haleine et ayant occasionné un grand abattement, je la confie au Dr Gautier. Aussitôt la première séance, la malade peut garder une tasse de bouillon ; une semaine après le traitement, guérison complète.

Enfin, tout récemment, j'ai vu, avec M. le Dr Tessier, une multipare âgée de 30 ans. Malgré d'excellentes grossesses antérieures, elle est prise subitement de vomissements à la 3e semaine d'une grossesse ; ces accidents occasionnèrent des troubles si graves que M. Tessier me consulta afin de voir s'il y avait lieu d'interrompre le cours de la grossesse. J'eus immédiatement recours à l'électrisation, et dès la première séance, elle put garder une tasse de bouillon. Aujourd'hui la malade mange très bien, les joues sont revenues et la guérison s'est maintenue

(*La France médicale.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD.

Séance du 26 octobre 1894.

KYSTE OVARIEN.

M. Folet parle d'une malade qu'il a opérée avec M. Gaulard. Le diagnostic porté un mois avant l'intervention était kyste ovarien sans ascite. Lorsque M. Folet voit la malade, il trouve de l'ascite et comme une couche liquide aux environs d'une tumeur solide. L'ascite le fit songer à une tumeur maligne.

A l'ouverture du péritoine on crut avoir ouvert le kyste ; il s'écoula en effet par les fissures péritonéales comme des tuyaux gélatiniformes. La ponction du kyste ne donna rien, mais par le trou laissé par le gros trocart s'écoula une substance hyaline analogue au corps vitré. Le kyste en était rempli ; sa face interne tomenteuse portait d'autres kystes. On avait donc un néoplasme enfermé dans un kyste. M. Folet cite Lawson Tait qui parle de tumeurs à contenu de forme colloïde, qui ne sont pas des cancers colloïdes, mais des myxomes enfermés dans une coque fibreuse. Le pronostic de ces formes est bénin.

Après qu'on eut enlevé le plus possible de la tumeur on fit la marsupialisation du reste qui adhérait fortement au pelvis, au rectum et à la vessie.

HYSTÉRECTOMIE TOTALE.

M. Colle décrit un procédé d'hystérectomie abdominale totale qui a donné dans le service de M. Folet trois succès sur trois interventions. Dans le cas qui fait l'objet de cette communication il s'agissait d'un fibrome utérin compliqué de cysto-sarcome de l'ovaire gauche. Cette seconde tumeur fut d'abord enlevée sans incidents. Puis on se décida à pratiquer l'ablation en masse de l'utérus fibromateux et gros comme une orange à travers la plaie abdominale. L'opération fut faite par un procédé emprunté à la technique habituelle de ceux employés jusqu'à ce jour : décollement de la vessie en avant, section du cul-de-sac de Douglas en arrière, ligature des ligaments larges à droite et à gauche, désinsertion des attaches du vagin au col. Les fils des ligatures sont emmenés dans le vagin entraînant les moignons qu'elles enserrent ; en leur centre drainage à la gaze iodoformée — drainage

analogue par l'angle inférieur de la plaie abdominable. Les suites de l'opération furent très simples et la malade sortit guérie au bout de trois semaines.

M. Colle rappelle que l'hystérectomie totale n'est pas encore entrée dans la pratique courante. On lui attribue une gravité beaucoup plus grande que celle que comporte l'hystérectomie abdominale avec pédicule extra-péritonéal. Cette préférence ne lui paraît pas justifiée et pour lui l'ablation totale donne des résultats plus complets et plus rapides. Elle a donné trois succès au professeur Folet qui l'a pratiquée trois fois.

SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE

DES FISTULES URETÉRALES CONSÉCUTIVES A L'HYSTÉRECTOMIE.

M. Gallet, après avoir rappelé la communication qu'il a faite en décembre dernier, sur les *fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale*, présente les reins, uretères et vessies de chiennes chez lesquelles il a pratiqué l'uretérorrhaphie circulaire. L'uretère sectionné a été reconstitué soit immédiatement après la section, soit quelques jours plus tard, par le procédé que M. Gallet a décrit dans sa communication.

La suture de l'uretère est parfaite au point que chez les animaux sacrifiés un mois après l'opération, il est pour ainsi dire impossible de retrouver le point où existait la solution de continuité uretérale.

Dr J. Verhoogen (Bruxelles). — Le cathétérisme de l'uretère, chez la femme, peut se pratiquer au moyen des procédés de Simon ou de Pawlik, en se basant principalement sur les sensations tactiles. Mais pour être certain de réussir dans tous les cas, il faut alors acquérir une grande habileté et qui ne s'acquiert pas immédiatement, et que donne seulement une pratique prolongée de ce cathétérisme. En employant le procédé de Pawlik on peut, il est vrai, apercevoir sur la paroi vaginale antérieure le dessin du trigone de Lieutaud et s'aider ainsi quelque peu dans ses recherches; cependant, ce n'est là qu'une indication vague ne donnant pas la situation exacte de l'embouchure de l'uretère.

Le cystoscope, au contraire, permet dans la grande majorité des cas d'apercevoir nettement cet orifice sur la muqueuse vésicale et quelques instruments de Nitze, de Boisseau et d'autres

portant une rainure dans laquelle passe une sonde destinée à être poussée dans l'uretère sous le contrôle des yeux. Quelque certaine que paraisse cette méthode, il suffit de l'avoir essayée pour se convaincre de la difficulté à diriger convenablement la sonde et à réussir dans tous les cas à pratiquer le cathétérisme.

Keely a récemment décrit un procédé nouveau qui met directement sous les yeux le fond de la vessie et par lequel on peut, semble-t-il, apercevoir facilement l'orifice uretéral et y introduire un cathéter. Keely commence, sous le chloroforme, à dilater l'urèthre autant qu'il est possible de le faire sans s'exposer à produire une incontinence d'urine permanente. On va ainsi jusque 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2, suivant les cas. Puis la femme est placée dans la position gynécologique forcée, les cuisses fortement fléchies sur le bassin et le bassin lui-même étant soulevé par des coussins, de façon à l'incliner dans la position de Trendelenburg. Un petit spéculum est introduit par l'urèthre jusque la vessie et celle-ci est complètement vidée par aspiration au moyen d'une sonde et d'une seringue.

Dans cette position les intestins tombent vers le diaphragme et il se produit une aspiration du côté du petit bassin. L'air extérieur pénètre par l'urèthre dans la vessie et celle-ci se gonfle fortement.

L'opérateur dirige alors son spéculum uréthral vers le bas-fond vésical et y envoie, au moyen d'un réflecteur frontal, la lumière d'une bonne lampe à incandescence. Le fond de la vessie étant ainsi bien éclairé sur une certaine étendue, il ne reste plus qu'à y chercher et à y découvrir le trigone de Lieutaud et les orifices uretéraux, et à y introduire une sonde d'un modèle approprié.

Ce procédé, assez simple, est sûr dans la grande majorité des cas, d'après Keely. Pour ma part, je l'ai employé plusieurs fois sans grand succès, mais je pense qu'avec un peu plus d'habitude on arriverait à de très bons résultats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE.

Séance du 13 mars.

DE LA PREMIÈRE RESPIRATION DU NOUVEAU-NÉ ET DES MOYENS DE RAPPEL A LA VIE DES ASPHYXIÉS.

M. Zuntz. — D'après M. Olshausen, la cause principale de la

première respiration du nouveau-né serait l'état d'asphyxie du sang ; quant aux causes secondaires de cette respiration, ce seraient l'hyperémie du crâne et la compression du thorax par l'anneau vulvaire.

Je reconnais le bien-fondé de la première de ces causes accessoires, mais je conteste l'exactitude de la seconde. L'entrée de l'air par la trachée-artère n'est, en effet, possible que si la compression vulvaire a chassé quelque chose du thorax ; or, ce n'est pas le cas quand on comprime le thorax d'un fœtus. Cette compression déplace tout au plus un peu de sang et modifie la position des intestins ; dès qu'elle cesse, ces organes reprennent leur place et il n'y a pas d'inspiration à proprement parler. J'ai fait à ce sujet, avec M. Strassmann, une série d'expériences qui démontrent toutes que la compression du thorax est incapable de faire pénétrer de l'air dans un poumon qui n'en contenait pas préalablement.

Nous avons profité de cette occasion pour étudier la valeur des différents moyens de rappel à la vie des nouveau-nés en état d'asphyxie et nous avons constaté l'inutilité de la plupart de ces moyens.

Les meilleures paraissent être : la respiration artificielle pratiquée d'après la méthode de Sylvester, le procédé de Schultze et l'insufflation.

M. Strassmann. — On sait que l'on distingue deux formes d'asphyxie : dans l'une, les téguments sont congestionnés et de coloration bleuâtre ; dans l'autre, ils sont anémiés et complètement décolorés. Dans l'asphyxie apoplectique ou bleue, l'excitabilité réflexe du centre de la respiration existe encore et l'on peut souvent provoquer le retour de la respiration par de simples excitations cutanées. Au contraire, dans l'asphyxie anémique, l'excitabilité réflexe du centre respiratoire a cessé, les excitations cutanées ne servent plus à rien ; il faut pratiquer la respiration artificielle.

D'après mes observations, le procédé dit *de balancement* de Schultze (*Schultze'sche Schwingungen*) répond à toutes les indications. Lorsqu'il échoue, il faut faire l'insufflation. Le procédé de Schultze consiste, comme on sait, à saisir l'enfant avec les deux mains au niveau des épaules, de manière que les pouces s'appuient des deux côtés du cou au-devant du thorax et que les au-

tres doigts, passant sous les aisselles, s'appliquent sur le thorax en arrière. L'accoucheur enlève alors l'enfant d'un mouvement rapide et le porte jusqu'au-dessus de son épaule gauche, puis il le replace en bas et recommence le même mouvement cinq ou six fois de suite.

M. Olshausen. — Je ne puis admettre avec M. Zuntz que la compression du thorax ne puisse faire entrer de l'air dans le poumon quand celui-ci n'en a pas déjà contenu, car tout le monde a vu cette compression suffire à ramener la respiration chez un grand nombre d'enfants asphyxiés.

Je ferai remarquer, en outre, que l'asphyxie hyperémique est accompagnée souvent d'une stase dans le cœur droit, et que dans ces cas une saignée peut être utile.

M. Zuntz. — La première respiration est due à la rétraction de l'utérus et au décollement du placenta ; peut-être la compression du fœtus par les voies maternelles joue-t-elle aussi un rôle en produisant une espèce de massage du cœur.

(*Journal d'Accouchements.*)

REVUE DE LA PRESSE

DU REIN GRAVIDIQUE.

A. Trantenroth. (*Zeitschrift für Gebürtsh. und Gynæk.*, 1894.)

Les recherches de l'auteur, entreprises dans le service de son maître Ahlfeld, à Marbourg, ont porté sur un ensemble de 100 femmes : 54 primipares et 46 multipares. Les résultats de ces recherches peuvent se résumer ainsi :

Les femmes en bonne santé, qui offrent un appareil urinaire en parfait état au début de la grossesse, sont, dans la proportion de la moitié des cas (1), atteintes d'albuminurie dans les quatre derniers mois de la gestation. Il n'existe pas de différence, à ce point de vue, entre les primipares et les multipares.

(1) Cette proportion est énorme et absolument exagérée, si nous en jugeons par nos propres observations : depuis de longues années nous examinons les urines de toutes les femmes que nous devons accoucher et l'albumine n'est constatée qu'exceptionnellement. Il en est de même dans notre service de la Maternité, où les urines de toutes les parturientes sont examinées à leur entrée. (Voir nos statistiques pour les chiffres.) Dr N. C.

Cette albuminurie est liée, dans le plus grand nombre des cas, à une perturbation de la fonction rénale ; elle est causée par cette altération spéciale du rein connue sous le nom de rein gravidique, qui consiste en une dénégérescence épithéliale. Dans quelques cas (mais moins souvent que ne l'admet Ingersler), l'albuminurie gravidique est d'origine vésicale, et dépend d'un catarrhe du col de la vessie.

Le rein gravidique ne comporte aucune autre manifestation pathologique que la présence de l'albumine dans l'urine. Il peut cependant s'accompagner d'un œdème généralisé. En pareil cas, l'éclampsie est fréquente. Jamais le rein gravidique ne devient un rein brightique.

L'auteur rejette comme mal fondée la distinction admise par Fischer d'un rein gravidique proprement dit et d'une néphrite gravidique, ce dernier état étant une exagération du premier. Il n'y a pas de néphrite aiguë dans la grossesse, à moins qu'il ne s'agisse d'une exacerbation d'un mal de Bright ancien.

L'urine du travail contient toujours de l'albumine, sauf de rares exceptions. Cette albuminurie est plus commune et plus accusée chez les primipares. Elle s'accompagne, dans le tiers ou le quart des cas, de l'émission de cylindres hyalins. Dans le rein gravidique, les cylindres urinaires ne s'observent que très rarement.

L'albuminurie du travail est presque toujours d'origine rénale ; elle apparaît dès la période de dilatation. Elle n'augmente pas dans la période d'expulsion, et souvent même elle commence à disparaître à ce moment.

Dans les suites de couches, l'albumine et les cylindres disparaissent très rapidement.

Lorsque l'albuminurie persiste après le premier septénaire des suites de couches, elle est liée d'ordinaire à un catarrhe vésical.

Chez les femmes portant un fœtus mort et macéré, l'albuminurie est très rare (à moins que la mort du fœtus ne dépende d'un mal de Bright). Toutefois, le mal de Bright se trouve favorablement amendé par la mort du fœtus.

Les causes du rein gravidique sont : 1° l'augmentation de la pression abdominale dans la grossesse ; 2° les troubles de nutrition du rein, liés aux modifications de la crase sanguine et de la nutrition générale ; 3° la gêne apportée à l'écoulement de l'urine par la compression des uretères (stase veineuse des veines utéro-ovariennes, et engagement de la tête fœtale).

Le rein gravidique peut, en outre, reconnaître pour origine une irri-

tation de l'émonctoire, produite par l'accumulation de ptomaïnes dans le sang, ptomaïnes résultant de la dégénérescence des cellules de la caduque.

L'éclampsie est, dans quelques cas, de nature urémique ; parfois, mais très rarement, elle est indépendante de toute altération rénale. Le plus communément, le rein gravidique et l'éclampsie dérivent simultanément d'une même source pathogénique, qui est une toxémie d'origine placentaire.

(*Journal d'accouchements.*)

TROIS CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

A la séance du 9 janvier dernier de la *Société de chirurgie de Paris*, M. le Dr Pothérat a donné sur ce sujet lecture de trois observations intéressantes, surtout au point de vue des accidents auxquels elles ont donné lieu. La première malade est âgée de 33 ans, opérée en octobre 1894 par M. Pothérat, dans le service de M. Segond ; la guérison était complète un mois après l'opération. Cette femme, qui avait eu, il y a seize ans, une grossesse normale, constata, dans les premiers mois de 1894, les symptômes d'une grossesse. Au mois de mai survient une métrorrhagie abondante et un médecin, consulté, porta le diagnostic d'une fausse-couche qui n'eut pas lieu. Au mois d'août suivant, on constata l'existence d'une tumeur pelvienne supposée être un fibrome volumineux. Cette tumeur médiane, un peu latéralisée vers la droite, est arrondie, lisse, rénitente et mobilisable ; le col est entr'ouvert et l'utérus se confond avec cette tumeur qui dépasse, en haut, le pubis. On prescrit le repos au lit. Enfin, en octobre, l'état général est mauvais, les métrorrhagies continues ont amené de l'affaiblissement et l'on peut constater, sous le chloroforme, que la tumeur est para-utérine. Après avoir fait le cathétérisme de l'utérus, qui donne une longueur de 14 centimètres, on pratique une hystérectomie vaginale dont les suites opératoires sont normales ; la guérison survient au bout de 28 jours.

L'examen des pièces a démontré ce qui suit : l'utérus est sain, la cavité vide. A gauche, existe une salpingite interstitielle. A droite, l'orifice tubo-utérin est large. On trouve une poche comprenant l'origine de la trompe et la corne utérine droite. La tumeur est molle, fluctuante ; le paroi est mince en haut, épaisse en bas ; dans la poche,

on trouve un placenta de 3 mois environ, décollé en partie; il n'y a pas trace de cordon.

Il s'agit donc d'une grossesse tubo-interstitielle; le fœtus ayant été expulsé et le placenta retenu, l'écoulement du sang provenait de cette poche fœtale.

La deuxième malade a encore été opérée à Dubois. Il s'agit d'une femme de 34 ans, à santé générale satisfaisante. La malade a accouché normalement il y a 2 ans; elle a eu une métrite qu'on a guérie. En octobre 1894 surviennent tout à coup une douleur abdominale syncopale, du ballonnement du ventre et des vomissements. On calme cette crise par de la morphine. Le lendemain, nouvelle crise de vomissements, puis nouvelle accalmie; enfin, troisième crise, calmée encore par des injections de morphine et de la glace *intus* et *extra*. Le 20 octobre, nouvelle crise de douleurs abdominales très vives; au bout de cinq jours, on l'apporte à Dubois.

A ce moment, on constate une tuméfaction abdominale remontant à 5 travers de doigt au-dessus du pubis; elle est molle, présentant des parties dures par places. Elle est mate. Au toucher, le col est long; l'utérus, peu volumineux, est refoulé vers le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse volumineuse, rénitente et molle, se continuant avec la masse abdominale. La température oscille entre 38 et 39 degrés. L'état général s'aggravant, on se décide à intervenir le 2 novembre, après avoir fait le diagnostic d'hématocèle due à la rupture d'une grossesse tubaire.

On incise le cul-de-sac postérieur. Il s'écoule une grande quantité de caillots. Par l'exploration, on trouve les annexes à gauche; à droite elles sont perdues dans les caillots. L'hystéromètre, introduit dans l'utérus, entre très profondément. On se décide alors à faire l'hystérectomie vaginale. Il sort de la poche rétro-utérine un fœtus de 8 centimètres avec un cordon et son placenta. Cette poche est formée par la trompe dilatée. On enlève les annexes. On nettoie la cavité; on met une mèche de gaze.

La guérison a été obtenue au bout de 5 semaines. On a donc eu affaire, dans ce cas, à une grossesse tubaire avec rupture de la poche fœtale. De plus, on a trouvé à l'union du corps et de l'isthme de l'utérus une perforation ancienne dont l'origine n'a pu être déterminée.

La troisième observation est encore plus intéressante.

Il s'agit d'une femme de 30 ans. Réglée tardivement, elle a eu un

accouchement à 28 ans. En janvier 1894, les règles n'ont pas apparu comme d'ordinaire. Elles n'ont pas apparu en février et n'ont pas reparu depuis. Elle a eu de plus d'autres signes de grossesse. En mars 1894 surviennent des vomissements bilieux et des coliques ; et pendant 5 semaines les phénomènes péritonéaux persistent. Puis la malade s'amaigrit.

Le 4 juin elle entre à Cochin chez M. Bouilly. Le ventre est ballonné, la malade très émaciée ressemble à une phtisique. Il existe une tumeur abdominale arrondie, remontant à l'ombilic, inclinée un peu à droite. La tumeur est formée de deux parties, de deux tumeurs séparées par un cordon vertical. La tumeur gauche est molle, fluctuante, lisse ; on y constate la présence d'un fœtus ayant des mouvements actifs. A la partie inférieure de cette tumeur, on constate un souffle placentaire. La tumeur droite a une consistance dure, ligneuse, donnant la sensation de l'utérus se contractant. Le toucher vaginal est douloureux ; le col est dur, ouvert et se continue avec la tumeur droite. Dans le cul-de-sac postérieur on sent la tête fœtale.

On fait le diagnostic suivant : à droite, utérus vide ; à gauche, poche extra-utérine, la tête fœtale étant en bas dans le cul-de-sac de Douglas. Le fœtus est vivant.

On intervient 15 jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. On fait une laparotomie médiane. On tombe sur le kyste fœtal ; la poche est mince. On incise le sac, en bas. Il s'écoule du liquide amniotique. Le fœtus est aussitôt saisi et enlevé rapidement après ligature et section du cordon. On essaye de décoller le sac ; mais cette opération donnant une forte hémorrhagie, on tamponne la poche.

Ensuite on ferme l'incision abdominale en haut, on suture le sac en bourse et on le fixe à la paroi ; on bourre la poche avec de la gaze, et on applique un pansement.

Le jour de l'opération, la malade est très faible ; mais la réaction se fait le lendemain. Il se fait un peu de suintement séro-hémorrhagique par la plaie. L'enfant a vécu pendant 4 mois dans une couveuse. On a fait, le cinquième jour, le pansement de la mère et lavé la poche. Le placenta se ratatine. Pendant 2 ou 3 jours, se montrent des signes de septicémie ; mais le dix-huitième jour le placenta est sorti complètement et l'état général devient parfait. La malade sort de l'hôpital le 2 décembre.

En résumé, dans les cas de grossesse extra-utérine avec enfant viable, il faut intervenir avant le terme de la grossesse. L'opération de choix

est la laparotomie médiane, cette voie étant la plus large. Il ne faut pas chercher à enlever le placenta à cause de l'hémorrhagie. Il faut fixer le sac à la paroi et laver abondamment la poche. Le placenta sortira morceau par morceau.

(*Journal d'Accouchements*.)

VULVO-VAGINITE CHEZ UNE FILLETTE DE 5 ANS.

(In *Médecine moderne*.)

M. le professeur Grancher montre une petite fille de 5 ans entrée à l'hôpital pour une coxalgie. Pendant son séjour à l'hôpital, elle eut la rougeole et on la fit passer dans le pavillon des rougeoleux. Là, quelques jours après son entrée, l'enfant eut de la vulvo-vaginite. A l'examen du pus on constata le gonocoque. Il s'agissait donc de vulvo-vaginite blennorrhagique, que la petite fille a pris pendant son séjour à l'hôpital. Du reste, d'accord avec M. Finger, M. Grancher n'admet plus la vulvo-vaginite simple. Si on ne trouve pas de gonocoques dans le pus d'un écoulement chronique, c'est parce que à la longue ils peuvent disparaître. Quant à savoir comment l'enfant a pu être atteinte, il l'explique par la contamination et le transport par du linge ou les mains d'une infirmière de pus blennorrhagique quelconque (ophtalmie, vulvo-vaginite, uréthrite). Ce qu'il y a encore d'intéressant dans l'histoire de cette enfant, c'est que peu après sa vaginite elle eut des manifestations articulaires, d'abord au genou, puis à la main, à l'interligne du poignet. Les jointures étaient douloureuses, les gaines synoviales empâtées. Le salicylate de soude n'a eu aucune prise sur ce rhumatisme, ce qui était une preuve en faveur de sa nature pseudo-infectieuse. Seule l'immobilisation dans un appareil plâtré l'a guérie. M. Grancher considère donc ces manifestations articulaires comme étant de nature blennorrhagique et consécutives à la vulvo-vaginite.

Etant donné la contagiosité de l'affection et la gravité de complications immédiates plus ou moins éloignées (car elle peut retentir plus tard sur les annexes), le professeur insiste sur la nécessité d'un traitement rapide et énergique. Dans ce but il conseille vivement les injections faites avec une sonde molle, très fine ; si l'œil de la sonde est loin de son extrémité, il arrive qu'on ne lave souvent que la partie du vagin qui est immédiatement près de la vulve. Aussi vaut-il mieux

employer une sonde dont les yeux sont près de l'extrémité ; de cette façon le liquide pénètre très loin et lave toute la surface du vagin. En outre, pour que la sonde ne ressorte pas immédiatement sous l'influence de la pression intra-vaginale du liquide, elle doit se terminer par une sorte de boule ou d'olive, grâce à laquelle cet inconvénient est facilement évité. Le liquide à employer est le permanganate de potasse à 1 pour 1000, préconisé par M. Jamet. Ce liquide a en effet un double avantage : d'une part, c'est un antiseptique excellent. D'autre part il a la propriété de déterminer une réaction sérieuse très abondante et une desquamation de la muqueuse ; il rend ainsi la surface de cette muqueuse inapte à la culture du gonocoque ; tandis que les injections de nitrate d'argent amènent une diapédèse et un écoulement purulent abondant. Ces deux propriétés d'antisepsie et d'amener la modification de la muqueuse rendent le permanganate de potasse supérieur aux autres antiseptiques et on a obtenu, grâce à son emploi dans le service de M. Grancher, des résultats très rapides dans les vulvo-vaginites de moyenne intensité, et dans les cas rebelles — et la vulvo-vaginite des petites filles l'est le plus souvent — sept ou huit injections ont suffi pour amener la guérison.

VARIÉTÉS

—

LAENNEC DEVANT SES CONTEMPORAINS. — Dans une curieuse étude sur Laënnec, publiée par *la Loi médicale*, M. le Dr A. Roussel raconte une anecdote tirée de mémoires du temps.

Très royaliste, très religieux, très clérical, comme nous dirions aujourd'hui, Laënnec, autant à raison de ses opinions que de son talent, avait une clientèle des plus aristocratiques. En tête de son ouvrage capital, le premier titre qui suit son nom est celui de *Médecin de S. A. R. Madame la duchesse de Berry*. Etait-il donc aimé et apprécié de ce grand monde, comme il le méritait ? Il semble que non, et cela nous console un peu de l'ingratitude des épiciers que nous sommes appelés à soigner. Une lettre de Mme de Châteaubriand, récemment publiée, parle de Laënnec avec la plus admirable désinvolture. « Notre petit *secco*, dit Laënnec, est parti pour son pays de Quimper ; il n'a dit adieu à personne, mais il a envoyé son mémoire à tout le monde. Je pense

qu'il ne reviendra pas. Enfin, j'ai pris le parti de me porter à merveille et suis décidée à n'avoir plus d'autre médecin que le bon sens, et de médecine que le lait d'ânesse. » Voyez-vous cela ? En 1817, Madame a été très malade à Mont-Boissier d'une broncho-pneumonie rubéolique, et l'on a pu craindre les pires extrémités. Laënnec, son médecin, mandé auprès d'elle, la met hors d'affaire. Deux ans plus tard, lui-même, comme un animal blessé qui cherche un refuge dans un taillis écarté, le pauvre médecin quitte Paris pour aller respirer l'air du pays natal. Avant de partir, il réclame les honoraires qu'on a négligé de lui payer, et la grande dame se récrie. « Ardez, le manant, dirait-elle volontiers. »

(*Gaz. de Gyn.*)

—

Un vieux proverbe. — Trois fois sot fut celui qui se maria, non le premier, parce qu'il ignorait ce qui l'attendait, mais le second, parce qu'il avait l'exemple du premier !

—

La responsabilité des sages-femmes en cas d'ophtalmie des nouveau-nés en Amérique. — Une loi récente prescrit aux sages-femmes en Amérique, d'adresser au bureau d'hygiène ou à un médecin inspecteur, un rapport constatant après chaque accouchement que l'enfant, dans les deux premières semaines de sa vie, n'est atteint d'aucune affection oculaire.

Jusqu'ici, soit négligence des sages-femmes, soit parce que les dispositions sont très récentes, la loi est mal et incomplètement appliquée. Mais, en Amérique, l'initiative privée vient toujours en aide à l'autorité et la « Société pour la protection des enfants contre les sévices » a décidé de veiller à la rigoureuse application de la loi. Comme première sanction, elle vient d'obtenir une condamnation à cinq dollars d'amende contre une sage-femme coupable : 1° d'avoir négligé la formalité légale ; 2° d'avoir soigné — fort mal du reste, — un enfant atteint d'opthalmie sans recourir aux lumières d'un médecin.

Le jugement ajoute que si la peine est aussi légère, c'est que cette sage-femme a déclaré ignorer la loi et s'est engagée à s'y soumettre dorénavant avec la plus rigoureuse exactitude.

(*Gaz. de gyn.*).

—

Les petits hommes. — Le docteur Lombroso a fait une statistique

assez complète, dans laquelle il a montré le grand nombre d'hommes petits qui se sont illustrés en tout genre.

Voici, dans l'antiquiété, les propriétaires de tailles exiguës qui se sont le plus signalés à l'admiration de leurs contemporains et de la postérité : Philopœmen, Narsès, Alexandre-le-Grand, Aristote, Platon, Epicure, Chrysippe, Laertius, Archimède, Diogène, Hipponax, Epictète.

Et dans les temps plus modernes : Erasme, Linné, Gibbon, Spinoza, Montaigne, Pope, Mézeray, Lalande, Beccaria, Lulli, Cujas, Napoléon, Balzac, Thiers, Louis Blanc, Meissonier, etc.

BIBLIOGRAPHIE

I. — **La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes,** par M. Peltier. (*Th. de Paris* 1895.)

Conclusions :

La méthode de Brandt conçue en 1859 ne put trouver sa première application qu'en 1861. Simple à son début, elle se transforma au fur et à mesure des expériences et des applications nouvelles, et telle qu'elle est aujourd'hui elle se compose de différentes *manipulations destinées à replacer l'utérus*, dévié de sa position normale ; de *l'élévation de l'utérus*, œuvre de Brandt ; des *mouvements de gymnastique*, empruntés à la méthode suédoise (méthode de Ling) et du *massage*, qui d'ailleurs n'a rien de commun avec le massage général.

Son inventeur, le major Thure Brandt, est né en 1818 ; quoique il n'ait pas passé par la faculté de médecine, il possède cependant des connaissances gynécologiques suffisantes et surtout une finesse de toucher que les meilleurs gynécologistes lui ont reconnu.

Il a formé de nombreux élèves, qui appliquent par le monde sa méthode plus ou moins modifiée.

Sa méthode est appliquée avantageusement dans le traitement des métrites et des paramétrites chroniques, des salpingo-oophorites chroniques ; des déviations utérines fixes ou mobiles, des prolapsus et des troubles menstruels.

Dans la *métrite chronique*, sous l'influence du traitement, l'utérus diminue de volume ; la leucorrhée et les hémorrhagies, dues à l'atonie de l'utérus, disparaissent; les ulcérations et les érosions guérissent ; les symptômes subjectifs disparaissent rapidement.

Dans les *paramétrites chroniques*, les exsudats se résorbent, les adhérences se distendent ou se rompent, l'utérus fixé ou dévié revient plus ou moins à sa position normale, les symptômes locaux et reflexes s'amendent, et surtout la constipation disparaît. De même dans les oophorites chroniques.

Dans les *déviations utérines* le traitement est plus difficile et compte

plus d'insuccès ; il est surtout long, mais quand on sait s'armer de patience on obtient des résultats encourageants.

Dans les *prolapsus utérins* les ligaments se fortifient, le plancher pelvien recouvre sa tonicité ; le rétablissement de la circulation et de l'innervation normale vivifie les organes et les tissus et rend souvent la guérison possible.

Dans la *dysménorrhée*, les troubles dysménorrhéiques disparaissent, la menstruation se régularise, l'état général s'améliore et le malade revient à la santé. Dans l'*aménorrhée*, dépendant de causes locales, les règles s'établissent souvent et deviennent normales. Les hémorrhagies dues à des métrites chroniques, à des congestions passives, à l'atonie des organes peuvent s'amender aussi sous l'influence du traitement mécanique.

Les résultats cliniques ne sont pas encore suffisamment étudiés et rigoureusement recueillis pour permettre des comparaisons sérieuses avec d'autres modes de traitement, mais ils sont assez évidents pour inviter à poursuivre les recherches et tenter des expériences. De l'avenir seul dépend la sanction définitive, nous ne disons pas de la méthode telle que nous l'avons exposée, mais de la méthode transformée par son évolution future. Qu'en restera-t-il, nous ne saurions le dire ; mais ce qui restera, c'est l'idée de celui qui l'a conçue et il est juste qu'elle porte son nom, la *Méthode de Brandt*.

Des indications que nous venons de donner, il est facile de déduire les contre-indications suivantes :

La méthode est *nuisible* et *dangereuse* dans *toutes les affections aiguës, accompagnées de fièvre et de suppurations*. Elle est inutile dans les tumeurs et néoplasmes ou dans des affections dépendant de l'état général comme dans l'aménorrhée des poitrinaires et des brightiques. La méthode exige du praticien des connaissances approfondies de la gynécologie et des mains bien exercées ; du diagnostic exact dépend l'indication des manipulations nécessaires pour combattre l'affection donnée. Appliquée à tort et à travers la méthode sera plutôt nuisible. Pour être bien appliquée, elle exige des exercices prolongés, qui, seuls, peuvent assouplir les mains et développer le toucher.

II. — **La gravelle urique et son traitement à Forges-les-Eaux**, par le Dr Delbrosse. Paris, Baillière, 1895.

III. — **Le créosol. Son emploi dans le traitement des bronchites en général et de la tuberculose en particulier**, par le Dr H. Balland. Paris, 1895.

IV. — **Bégaiement et autres défauts de prononciation**, par le Dr Chervin. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895.

V. — **De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorrhagie**, par le Dr Mounier.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

Les avantages de l'électro-amygdalotomie sont les suivants :

1° Absence totale d'hémorrhagie, même avec des amygdales volumineuses ;

2° Opération peu douloureuse et rapide ;

3° Ablation aussi complète que possible, même des amygdales peu saillantes et inopérables à l'instrument tranchant.

VI. — **Guérison radicale de la syphilis**, par le Dr LARRIEU. Bourges, 1894.

VII. — **Etude de Bagnoles-de-l'Orne**, par le Dr CENSIER. Clermont, 1894.

VIII. — **Traitement des végétations adénoïdes**, par le Dr MARAGE. Paris, 1895.

CONCLUSIONS :

L'opération des végétations adénoïdes, quel que soit l'instrument employé, n'est pas sans danger ; des accidents mortels ont été signalés par Sandfort, Mayo-Collier, Lennox Brown ; de plus, il se produit une hémorrhagie, souvent abondante, quelquefois inquiétante.

Dans certains cas, malgré des symptômes alarmants, l'opération doit être ajournée, soit à cause d'une maladie concomitante, soit à cause de l'hémophilie, ou par suite de la pusillanimité des parents et des malades.

Ces raisons m'ont conduit à chercher une méthode curative, médicale et sans danger.

Les résultats obtenus ont été assez satisfaisants pour me permettre au mois de juin 1891 de déposer à l'Académie de Médecine un pli cacheté, contenant la description de cette nouvelle Méthode.

A cette époque, on pouvait me faire deux objections d'une grande valeur : d'abord mes observations n'étaient pas assez nombreuses, ensuite les malades n'étaient pas guéris depuis un temps assez long pour qu'une rechute ne fût pas possible.

C'est pour cela que j'ai attendu quatre annés afin d'avoir des résultats certains ; de plus, j'ai prié plusieurs confrères d'expérimenter ce traitement, et je puis apporter aujourd'hui cinquante-quatre observations *personnelles*.

Tous les malades ont été guéris, et il n'y a pas eu de récidive.

Voici la méthode que j'emploie ; elle est très simple, et tout praticien peut l'expérimenter lui-même.

Je me sers d'une solution aqueuse à 100 p. 100 de résorcine (métadihydroxybenzine) ; du coton hydrophile, monté sur un porte-caustique de courbure convenable, est imbibé de cette solution, et je vais toucher les végétations en passant derrière le voile du palais ; ou bien je fais rétracter les cornets avec une solution de cocaïne, et je suis la voie nasale pour pénétrer dans le pharynx : les parties touchées se recouvrent d'une couche blanchâtre.

La douleur est nulle, et dès la deuxième séance, l'enfant se laisse traiter sans protestation ; la réaction inflammatoire n'existe pas ; le malade peut manger ou boire immédiatement après, et il n'y pas de précautions spéciales à prendre.

En six à dix séances au plus, faites tous les deux ou trois jours, les symptômes disparaissent, et le malade est complèment guéri.

J'ai noté souvent, à la quatrième ou cinquième fois, l'apparition d'une sorte de pharyngite catarrhale, qui n'est que tout à fait passagère.

Cette méthode, exempte de tout danger, me semble donc devoir rendre de grands services, soit lorsque le médecin ne veut pas faire l'opération, soit lorsque celle-ci est impossible ou dangereuse ; de plus, elle est applicable quelque jeune que soit l'enfant.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

31. — Quelques considérations sur la conduite à suivre dans l'agonie des femmes enceintes. — Nous extrayons ce qui suit d'une clinique du Dr Rémy, sur la conduite à suivre dans l'agonie des femmes enceintes, publiée dans les *Archives de tocologie*, novembre 1894. Le professeur se demande : Que reste-t-il à faire pour sauver l'existence de l'enfant ? En nous reportant, dit-il, à ce qui a été fait et publié, nous voyons que trois solutions ont été proposées :

1° Attendre le décès de la mère et extraire ensuite l'enfant le plus tôt possible ;

2° Faire l'opération césarienne dans l'agonie ;

3° Provoquer un travail accéléré et extraire l'enfant dès que cela est possible ou dès que les accidents le commandent.

Examinons chacune de ces solutions.

1. — *Attendre le décès de la mère et extraire ensuite l'enfant le plus tôt possible.* — Depuis longtemps les médecins obéissent à cette prescription de la *lex regia* attribuée à Numa Pompillius, encore en vigueur dans beaucoup d'États : *Negat lex regia mulierem, quæ prægnans mortua sit, humari antequam partus ei excidatur* ; *qui centra fecerit spem animantis cum gravidiâ peremisse videtur*. Nombreux sont les cas où un enfant vivant a été retiré ainsi du sein de la mère. Le médecin qui, dans ces conditions, négligerait de faire ce qu'il peut pour sauver une existence, serait bien coupable. Mais cette pratique donne-t-elle tous les résultats qu'on pourrait désirer ? C'est ce qui nous reste à examiner, non pas pour décourager le médecin appelé seulement au moment du décès de la mère, mais pour établir qu'au moment de l'agonie, dans certains cas, il y a plus à faire qu'à se croiser les bras en attendant le dernier soupir.

Prunshüber a réuni une statistique de 510 cas dans lesquels l'opération césarienne a été faite conformément aux prescriptions de la *lex regia*. 91 enfants vinrent vivants au monde, sur lesquels 66 moururent de suite ou peu après l'opération ; 25 seulement survécurent, donc 5 0/0 seulement furent sauvés (Manasse). Sur 453 cas véridiques

recueillis par Puech, on trouve 357 enfants morts, 101 vivants. Blanc (1) y ajoute 16 cas récents, ce qui donne pour 469 cas, 363 enfants morts et 112 enfants vivants. Il est permis de penser que plusieurs de ces enfants extraits morts ont succombé dans les derniers moments de la mère.

L'enfant, dans cette période ultime des maladies maternelles est, en effet, exposé à plusieurs genres de mort : ce sont, d'une part, les troubles respiratoires et circulatoires de l'agonie qui accumulent l'acide carbonique dans le sang de la mère qui ne peut plus fournir ainsi l'oxygène nécessaire à l'hématose du fœtus ; ce sont les élévations thermiques rapides ou prolongées chez la mère qui exercent, ainsi qu'on a pu le constater cliniquement et expérimentalement, une influence si défavorable sur l'enfant ; ce sont les autres modifications ultimes des maladies qui peuvent retentir sur l'organisme fœtal, les apoplexies placentaires qui étouffent les villosités, etc. Ces causes de mort existent déjà dans les cours de maladie, comme l'éclampsie, les affections pulmonaires et cardiaques ; leur action sera naturellement plus marquée au moment de l'agonie.

II. *Faire l'opération césarienne dans l'agonie.* — C'est à cette opération qu'ont eu recours quelques accoucheurs allemands pour soustraire l'enfant au péril qui le menace. Manasse, dans sa dissertation, a plaidé la cause et la légitimité de cette opération dans des cas bien déterminés en rapportant les opinions favorables des auteurs qui font autorité en Allemagne, et en relatant les cas traités selon cette methode opératoire. Je ferai donc de fréquents emprunts à cette thèse, dans les lignes qui vont suivre.

En 1871, Lowenhardt conseillait dans ses aphorismes de chirurgie obstétricale, de sauver ce qui était à sauver dans le cas que nous étudions, et ainsi, d'opérer dans l'agonie. Mais Lowenhardt n'était pas le premier à prétendre que les résultats de l'opération césarienne seraient supérieurs dans ces conditions ; on trouve déjà cette opinion défendue dans les vieux auteurs, comme Stein, Fulda, Ritgen, etc. On trouve déjà auparavant, dans la littérature, la relation d'un cas (celui de Roser), opéré d'après ce principe. Lowenhardt dit, dans le chapitre de l'opération césarienne : « On doit assurer que nous rendons plus service à l'Etat et aux citoyens quand nous conservons une vie, que quand nous poussons trop loin les ménagements pour la mère

(1) *De l'opération césarienne post-mortem considérée au point de vue purement médical.* Thèse de Montpellier, 1881.

déjà mourante, tout en laissant péricliter la seconde existence. Nous conseillons ce qu'il faut conseiller dans de telles circonstances ; ainsi, nous estimons que c'est un devoir irrévocable pour l'accoucheur, de ne pas laisser mourir une parturiente qui porte un enfant vivant, sans la délivrer..... »

Pendant quelques années, les propositions de Lowenhardt restèrent isolées jusqu'à ce que Runge les reprit et les confirma par ses expériences et exposa son opinion touchant l'opération césarienne dans l'agonie, dans les termes suivants : « Si le diagnostic et le pronostic du médecin font entrevoir avec sûreté la mort d'une femme enceinte près du terme, si en même temps l'enfant est vivant, et qu'on ne puisse délivrer la mère par la voie pelvienne, on doit alors procéder à l'exécution de la section césarienne pendant l'agonie, aussitôt que surviendront chez la mère les phénomènes qui feront mourir sûrement l'enfant avant l'arrivée de la mort de la mère (asphyxie de la mère, abaissement sérieux de la pression sanguine pendant l'agonie, élévation excessive de la température), dangers qui peuvent quelquefois être contrôlés par l'auscultation des battements fœtaux. » Dans leurs traités d'accouchements, Zweifel et Spiegelberg admettent aussi la nécessité éventuelle de faire l'opération césarienne pendant l'agonie.

Pour Güsserow et Manasse, les conditions requises pour faire l'opération césarienne dans l'agonie, sont : 1° qu'on doit avoir diagnostiqué sûrement une affection qui rend impossible la continuation de la vie chez la mère ; 2° que la vie de l'enfant ne laisse aucun doute.

Cependant il est peu de médecins pour oser porter l'instrument sur une femme encore en vie, incapable de donner son consentement à l'opération ; les anciens, comme Fulda, Stein, Ritgen, tout en défendant cette opinion, trouvent que l'exécution les décourage, comme blessant au plus haut point le sentiment ; d'autres sont retenus par un sentiment de compassion ; à d'autres, cette pratique paraît inhumaine.

Heureusement les méthodes destinées à provoquer le travail et à produire une rapide dilatation de l'orifice ont subi dans ces dernières années un perfectionnement tel qu'il est permis d'espérer obtenir la délivrance de la femme moribonde par les voies naturelles, sans être obligé de recourir à cette pénible nécessité d'ouvrir le ventre de la mère pour en retirer un enfant vivant.

III. — *Provoquer un travail accéléré et extraire l'enfant dès que cela est possible ou dès que les accidents le commandent.* — Provo-

quer simplement le travail par les moyens habituels excito-moteurs, cela ne suffit plus en cas de mort imminente. Il faut à tout prix obtenir une dilatation rapide du col et de l'orifice externe permettant de procéder à bref délai à l'extraction du fœtus, autrement dit, obtenir un travail accéléré. De la sorte, on soustrait rapidement l'enfant aux conditions défavorables qui le compromettent, et bien des fois on améliore la situation de la mère. Combien de femmes éclamptiques se sont rétablies après un coma prolongé qui ne laissait guère d'espoir de guérison ! C'est pourquoi, à cause même de ces guérisons inespérées, le médecin évitera d'employer toute manœuvre violente transformant l'accouchement accéléré en accouchement forcé. Il sera de sage et prudente tactique de ménager l'utérus, de ne déterminer aucune lésion incompatible avec la prolongation de la vie et le rétablissement possible de la femme. Ce sera donc aux moyens de douceur qu'il faudra s'adresser en premier lieu et ne recourir aux moyens brusques qu'en cas de nécessité immédiate et absolue.

Il me suffira donc de rappeler les moyens instrumentaux à l'aide desquels on obtient un accouchement accéléré.

Le colpeurynter a été utilisé pour dilater le col. Plusieurs fois aussi avec l'appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny on a obtenu une rapide dilatation du col.

Les sacs ballons de Barnes introduits successivement dans le col ont déterminé la dilatation du canal cervical.

C'est surtout aux ballons de Champetier de Ribes qu'on a eu recours dans ces derniers temps pour obtenir une dilatation rapide, grâce aux larges dimensions qu'on peut lui donner, et grâce aux tractions qu'on peut y ajouter pour l'engager à travers le canal cervical. M. Pinard put ainsi, par des tractions manuelles exercées sur le ballon distendu, déterminer chez une femme valide une dilatation en un quart d'heure sans produire de lésion.

Sur un orifice déjà partiellement ouvert, l'écarteur de M. Tarnier pourrait également, dans certaines occasions, accélérer la marche du travail et de la dilatation.

Enfin, Bossi a proposé récemment un dilatateur très solide, à trois branches, destiné à produire rapidement, dans un espace de temps, même inférieur à une demi-heure, la dilatation du col et de l'orifice dans les cas pressants. On trouve la description de l'instrument dans un mémoire publié dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*. Il s'exprime ainsi : « La dilatation complète est obtenue

à volonté au bout d'une demi-heure au minimum, ou bien d'une ou plusieurs heures, et l'opérateur peut procéder à l'extraction, soit avec les mains, soit avec le forceps... » et rapporte 19 observations à l'appui de l'excellence de sa méthode.

Tels sont les principaux moyens qu'on peut utiliser dans les cas où l'on peut encore compter sur le résultat de l'accouchement accéléré.

Mais dans les cas où le danger est pressant, lorsque la femme n'a plus que quelques instants à vivre, il faut recourir à la dilatation manuelle extemporanée du col. Celle-ci fut pratiquée, pour la première fois, par Duparcque, en 1823, chez la femme agonisante, et érigée ensuite comme méthode systématique par Rizzoli en 1833. « La dilatation demande en réalité peu de force, et cette manœuvre n'entraîne aucune lésion grave. » (Thévenet). L'opérateur introduit d'abord l'index, puis successivement les cinq doigts en dilatant graduellement et sans violence l'orifice, et fait passer ainsi la main entière à travers le canal cervical. Une dilatation en train de se faire, ou commencée par l'usage des moyens précédemment indiqués, rend naturellement la manœuvre plus facile et plus inoffensive.

(*Arch. de Tocologie.*)



32. — Des soins à donner aux femmes en couches, par M. le Prof. Pinard (*Clinique Baudelocque*) (1).— On peut le dire sans être taxé d'exagération, le médecin est presque toujours tout-puissant pour *prévenir*, il l'est beaucoup moins pour *guérir*. Aussi, en médecine, chirurgie ou obstétrique, faisons-nous tous nos efforts pour *prévenir* ; c'est pour cette raison que j'ai pensé que ma première leçon devait être consacrée à vous exposer les précautions, les mesures que nous prenons à la clinique, pendant la puerpéralité ; puis, cela fait, je vous exposerai les résultats obtenus par notre manière de faire, du 1er janvier 1894 à l'heure actuelle. Ces résultats, d'ailleurs, ne diffèrent pas de ceux obtenus les années précédentes.

L'étude que je veux faire sera aussi simple, aussi succincte et aussi précise que je le pourrai, et ce faisant, j'estime que je vous rendrai un service important, car, à l'heure actuelle, étant donné les nombreux moyens qui ont été proposés contre l'infection, vous pouvez être fort

(1) In *Bull. Méd.*

hésitant dans la pratique. C'est ainsi que dans le dernier travail de Tarnier sur l'antisepsie obstétricale, vous trouverez énormément de bonnes choses ; il faut que vous lisiez ce livre. Il n'a pu être écrit que par l'homme qui, le premier, s'est occupé, d'une façon constante, de supprimer l'effroyable mortalité de nos parturientes et qui, depuis trente ans, n'a cessé de penser à ce sujet.

Seulement, même après avoir lu ce livre complet, il peut vous rester quelque doute sur le moyen à choisir, et c'est pour supprimer ce doute que je désire vous exposer, avec la plus grande simplicité, ce qui me suffit dans ma pratique.

Cela dit, je prends une femme qui nous arrive pour accoucher. Cette femme peut se trouver au début du travail ou dans une période d'expulsion.

Lorsqu'elle arrive au début du travail, un premier soin, que nous ne négligeons jamais, c'est de la mettre au bain simple, additionné de carbonate de soude aromatisé. Sortie du bain, elle est conduite dans son lit, recouverte d'une chemise sortie de l'étuve (ses vêtements ne lui sont rendus qu'après avoir passé également à l'étuve). Puis on fait la toilette des organes génitaux et l'on pratique une injection vaginale antiseptique. Cette injection est faite aussi bien pour la femme que pour l'enfant, l'asepsie du vagin avant l'accouchement pouvant supprimer, pour ce dernier, de nombreuses causes d'infection, sur lesquelles il est inutile d'insister.

La substance antiseptique dont je me sers depuis longtemps est le biiodure de mercure à 1/4000.

Cet antiseptique n'est pas apprécié très favorablement dans le livre dont je parle ; mais, dans ma pratique, il m'a toujours donné d'excellents résultats. Je n'en adopterai un autre que lorsque j'aurai trouvé qu'il surpasse le biiodure.

Ces injections, pratiquées pendant la grossesse, ont été considérées comme susceptibles de provoquer une expulsion anticipée du fœtus. Jacquemin, en particulier, a accusé ces injections d'être convulsivantes, et, à ce titre, de prédisposer à l'accouchement prématuré. Il n'en est rien.

A l'époque où je voulais faire quelques accouchements prématurés pour des bassins rétrécis, j'ai pratiqué ces injections avec une grande persistance, et jamais je n'ai pu faire naître une contraction utérine. S'ensuit-il que toutes les femmes doivent prendre des injections pendant la grossesse ? je ne le dis pas, mais elles peuvent le faire, et, en

tout cas, ces injections antiseptiques doivent être faites avant l'accouchement.

Sans distinction, nous touchons, de temps à autre, toutes les femmes en travail. On a prétendu que cette manœuvre était dangereuse ; l'on a même cité des statistiques semblant montrer que les femmes touchées pendant l'accouchement donnaient une proportion plus grande de morbidité et de mortalité. Ce n'est pas mon avis ; et cela aussi bien pour l'hôpital que pour ma clientèle privée, car ma conduite est la même dans les deux cas.

La raison en est simple. Le toucher, cela est vrai, peut infecter les femmes si les précautions que je vais vous indiquer ne sont pas prises, mais ce danger disparaît totalement lorsque les précautions sont prises ; par contre, l'accoucheur qui suit le travail avec le doigt est tranquille au sujet de certaines complications possibles, que l'on ne peut diagnostiquer lorsqu'on ne les sent pas. Dans ce nombre, je range les procidences du cordon, par exemple.

Toutefois, vous ai-je dit, il faut rendre ce toucher inoffensif. Lavage des mains, cela va sans dire, aussi complet que possible, et, en particulier, soins du côté des ongles, qui doivent être extrêmement courts. Nous sommes bien loin de l'époque où l'on considérait la saillie exagérée de l'ongle chez l'accoucheur comme une condition indispensable pour rompre les membranes à l'occasion. Lorsque cette indication se présente, nous avons d'autres moyens d'action bien préférables.

Le doigt doit être enduit d'un corps gras, la vaseline mêlée à une substance antiseptique, par exemple. Mais pour que cette vaseline ne soit jamais infectée, il faut que le petit vase qui la contient soit placé dans une bassine remplie d'un liquide antiseptique. Le doigt bien lavé et non essuyé (car les linges employés pour cet usage peuvent être une cause d'infection nouvelle) pour se graisser, est obligé de traverser, à l'aller et au retour, une couche antiseptique destinée à éviter l'infection. Le doigt préparé doit éviter de toucher les parties génitales — d'ailleurs maintenues très propres — lavées au savon et au biiodure. On ne peut, il est vrai, éviter complètement les poils, car il ne faut pas, bien entendu, songer à raser nos paturientes, mais on peut réduire au minimum le contact de ces poils. Il faut bien le savoir, on ne peut atteindre la perfection, il suffit de s'en rapprocher le plus possible.

Si le travail traîne, nous ne craignons pas de prescrire des injections vaginales pour favoriser l'expulsion. Il va sans dire que les ma-

nœuvres qui se font pendant le temps du travail doivent l'être avec des mains maintenues complètement aseptiques par des lavages fréquents dans des liquides antiseptiques.

L'enfant expulsé, vous avez appliqué, sur les organes génitaux, de la ouate, de l'étoupe antiseptique et, dès que l'enfant est séparé de la mère, nouvelle injection vaginale.

Ces injections, après l'accouchement, ne sont pas plus dangereuses que celles que l'on fait pendant la grossesse, mais il faut, pour qu'il en soit ainsi, des précautions particulières :

La canule vaginale, guidée par le doigt, ne doit pas pénétrer à plus de trois à quatre centimètres, et le réservoir qui contient l'eau ne doit pas être élevé de plus de 20 à 25 centim. Vous verrez très souvent les garde-malades lever le réservoir à bout de bras ; c'est une faute : la pression liquide énorme qui résulte de cette manœuvre suffit pour provoquer un traumatisme dans les parties génitales de la nouvelle accouchée. Il ne s'agit pas, pour cette femme, d'une injection véritable, mais d'un simple rinçage du vagin, destiné à le débarrasser des caillots et des quelques microbes qui ont pu s'introduire, malgré les précautions prises.

Je ne fais rien de plus que ce que je viens de dire. M. Tarnier conseille une injection intra-utérine. Les statistiques de son service montrent qu'il obtient de la sorte d'excellents résultats ; je suis loin de nier l'excellence de ces statistiques, mais mes parturientes, en général, ne reçoivent pas d'injection intra-utérine et elles guérissent tout aussi bien. Or, je ne vois pas qu'il soit nécessaire de faire une opération, si minime fût-elle, lorsqu'elle est inutile. Si j'avais de moins bons résultats que ceux qui font ces injections, je les pratiquerais ; comme il n'en est rien, je m'abstiens. D'autant plus que, sans danger lorsqu'elles sont faites dans la perfection, ces injections sont fort dangereuses lorsqu'elles sont faites, sans précautions suffisantes. La femme peut être exposée à un contact suspect par la sonde, et, en voulant faire mieux, je crains qu'on ne fasse souvent mal.

Cependant, il ne faut pas être absolu : les injections intra-utérines, inutiles dans les cas ordinaires, sont bonnes dans le cas suivant : quand la femme a été confiée à vos soins au moment de l'expulsion ; chez elle, en effet, il est probable que le vagin n'a pas été aseptié avant l'accouchement. Je ne puis pas être sûr de ce vagin, et son infection possible est susceptible de devenir une cause d'infection intra-utérine.

L'injection doit être faite jusqu'à ce que le liquide ressorte clair ;

le vagin doit être transformé en une véritable fontaine Wallace. Les organes génitaux sont ensuite protégés avec de la ouate antiseptique et la malade est renvoyée dans son lit. A partir de ce moment, les injections sont supprimées et on ne fait plus que des lavages des organes génitaux externes matin et soir ; à moins que les lochies deviennent fétides, car dans ce cas nous revenons aux injections vaginales et s'il en est besoin, aux injections intra-utérines.

Les inconvénients des injections vaginales répétées, je ne saurais trop insister à ce sujet, ne résultent pas de l'injection elle-même. Si nous étions comme les chirurgiens qui renouvellent leurs pansements tous les huit jours, il nous serait pratiquement facile de faire ces injections nous-mêmes, et nous pourrions être tranquilles sur les suites, mais renouveler nous-mêmes ces injections deux fois par jour n'est possible à aucun de nous ; or, il peut être dangereux, à un moment donné, de confier la petite manœuvre à une personne qui n'a pas toujours l'expérience et l'habileté voulues.

La nourriture de l'accouchée est une grosse chose, très difficile à obtenir dans certains milieux : donner à une accouchée récente son chocolat, sa côtelette, ses œufs, paraîtra bien souvent étonnant aux gens du monde, et cela n'a rien d'extraordinaire. J'étais encore chef de clinique d'obstétrique que j'entendais tous les jours mon chef prescrire aux nouvelles accouchées : bouillon, potage et deux litres de tisane de tilleul. Etait-il bien utile de prescrire cette diète relative ? Je ne le crois pas. Pour vous en convaincre, voyez la physionomie de nos nouvelles accouchées qui mangent comme tout le monde !

Il est une autre mesure sur laquelle je crois devoir appeler tout particulièrement votre attention ; c'est que nous ne gardons pas assez longtemps nos nouvelles accouchées.

Une femme qui nous quitte au bout de cinq à six jours n'est pas une femme valide ; elle n'est pas malade, c'est vrai, mais, plus qu'une autre, elle est exposée à toutes sortes d'infection. On vous dira qu'à la campagne elles ne restent alitées que trois à quatre jours. C'est possible ; toutefois, interrogez les médecins exerçant dans les pays où les accouchées reprennent leurs occupations le quatrième ou le cinquième jours, et vous apprendrez bien vite que, chez ces femmes, les prolapsus, les hémorragies, les salpingites, les ovarites sont d'une grande fréquence.

Il est vrai que malheureusement nous sommes désarmés contre l'inconvénient qui résulte du départ précipité de nos femmes. Remédier

aux nécessités, aux obligations sociales qui obligent ces malheureuses à nous quitter, n'est pas notre fait, mais chacun de nous, dans la mesure de ses moyens, doit faire tous ses efforts auprès des pouvoirs publics et de l'Assistance publique pour que l'on prenne le plus rapidement possible des mesures. Nous ne pouvons rien dire à la femme qui nous quitte, parce que son ménage, ses autres enfants l'appellent. Et, cependant, nous savons bien la fatigue, les infections diverses auxquelles cette malheureuse va être exposée, au grand détriment de sa santé et quelquefois de sa vie !



33. — De l'alimentation des nourrissons au moyen de farines. — M. HEUBNER. On a soutenu que le nouveau-né était incapable de digérer les aliments préparés avec de la farine. Une série d'expériences a cependant démontré le contraire. Parmi celles-ci, je citerai les expériences qui ont été faites relativement à l'action de la salive sur les aliments farineux, celles qui ont porté sur l'extrait des glandes salivaires, combinées avec l'examen des matières fécales d'enfants nourris avec des féculents. Il résulte de ces expériences qu'une des glandes salivaires au moins de l'enfant contient le ferment nécessaire à la digestion des féculents ; on a constaté encore que ce ferment se rencontre dans plusieurs glandes chez l'enfant âgé de trois mois, il y a déjà un grand nombre de glandes capables de dissoudre les aliments contenant de la fécule.

De mon côté, avec le concours de M. Karstens, j'ai nourri des nouveau-nés au moyen de potages préparés avec de la farine de riz et nous avons pratiqué un dosage très exact de la quantité de farine contenue dans les fèces.

Un premier enfant, pesant 2.900 grammes, ingéra, en vingt-quatre heures, 30 grammes de farine de riz ; l'examen de ses selles démontra que cette farine avait été assimilée en totalité.

Un second enfant, âgé de quatorze semaines, pesant 2.730 grammes, fut nourri pendant trente-neuf heures avec 53 grammes de farine de riz et, quoiqu'il fût déjà mourant, il en digéra complètement 40 grammes. Après sa mort, on ne put isoler du contenu desséché de l'intestin grêle que 2 gr. 05 centigr. de fécule et du contenu du gros intestin, 2 gr. 65 centigr. seulement.

Un autre enfant, du poids de 4.400 grammes, ingéra, en quarante-

huit heures, 133 grammes de farine de riz, ce qui équivaut à 99 gr. 75 centigr. de farine desséchée. Cet enfant en digéra 99 gr. 70 centigrammes.

Une petite fille âgée de quatorze semaines, du poids de 3.260 grammes, fut nourrie pendant trente-quatre heures avec 57 grammes de fécule. Elle en digéra 31 grammes.

Il résulte de ces expériences que des enfants même très jeunes et très affaiblis sont capables de digérer des féculents aussi bien que de l'albumine et des graisses. Je ne prétends pas pour cela qu'on doive nourrir exclusivement les nouveau-nés avec de la fécule, et voici les raisons sur lesquelles je m'appuie :

La farine de riz ne peut se donner qu'en solution à 6 0/0, car sans cette précaution la bouillie serait trop épaisse ; or, on ne peut pas faire ingérer à un enfant de deux mois 1 litre de liquide sans nuire à sa santé. On pourrait donc tout au plus lui administrer par vingt-quatre heures 60 grammes de farine, équivalant à 175 calories, en laissant au sein de la mère le soin de lui fournir les 490 calories complémentaires.

Les farines préparées spécialement pour les petits enfants présentent le même inconvénient ; en outre, elles contiennent trop peu d'albumine et trop peu de graisses. Enfin, le sucre de canne qui entre dans la préparation de ces farines doit être proscrit de l'alimentation des nouveau-nés, à cause de sa grande fermentescibilité.

Toutefois, lorsque la digestion est troublée, on peut préconiser l'usage de la farine, parce qu'on ne provoque ainsi aucune irritation de l'épithélium intestinal. J'ai souvent vu disparaître certaines dyspepsies chez des nourrissons en leur administrant un potage à la farine. La farine de riz semble se prêter le mieux à ce but, peut-être parce qu'elle a des grains plus fins que la farine de froment. La farine de bananes est aussi excellente.

On prépare ces potages en ajoutant 25 grammes de farine de riz à un demi-litre d'eau ; il faut avoir soin de délayer cette farine dans une toute petite quantité d'eau froide et d'y ajouter de l'eau bouillante, puis de faire bouillir le tout une demi-heure. Ce régime ne doit pas être continué pendant plus de huit jours.

M. Auerbach. — A l'île de Java les nouveau-nés sont nourris au sein et prennent en outre sans inconvénients de grandes quantités de farine de riz. (*La Revue médicale.*)

***

34. — Traitement de la cystite douloureuse chez la femme. — M. L. Bleynie rapporte deux observations de cystalgie datant de deux à trois mois. Après avoir épuisé toutes les méthodes thérapeutiques, M. Bleynie, au lieu de recourir à l'emploi de la fistule vésico-vaginale, employa par analogie la dilatation de l'urèthre, afin de créer une incontinence d'urine artificielle. Chez la première malade, cette dilatation fut suivie le même jour d'une hémorrhagie vésicale grave. Au bout de trois semaines la guérison eut lieu. Le second cas a été suivi également de guérison de la cystalgie et de l'incontinence d'urine.



35.—Pathologie et traitement des inflammations péri-utérines. (*American Journal of Obstetrics*, 1894.) — M. Foster Scott publie un important travail sur cette question, inspiré par des tendances essentiellement conservatrices, et résumant l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie des inflammations paramétritiques.

Les espaces sous-péritonéaux du bassin, comme le fait remarquer M. Scott, sont en rapport intime avec l'utérus par le prolongement des fibres lisses de l'utérus, dans les ligaments ronds et larges et par un très riche plexus lymphatique.

Dans les inflammations catarrhales des trompes, affection ordinairement simple et secondaire à une endométrite, il se produit d'abord une abondante exsudation séreuse : une péritonite locale ne tarde pas à se déclarer du côté de l'orifice abdominal, qui se trouve dès lors obstrué. L'orifice utérin se bouche à son tour et la trompe est distendue par un liquide séreux ou du sérum contenant de la cholestérine, constituant ainsi un hydrosalpinx. Qu'il survienne la plus légère inflammation causée par infection, froid, traumatisme, blennorrhagie, et l'hydrosalpinx se transforme en hématosalpinx ou en pyosalpinx.

La périsalpingite avec péritonite, adhérences, épaississement, accompagne souvent ce processus. La trompe adhérente à l'ovaire entraîne souvent celui-ci avec elle dans le cul-de-sac de Douglas où on peut le sentir derrière le col.

Le pyosalpinx est justiciable de la laparotomie : une inflammation d'un degré moindre peut être traitée par le repos prolongé au lit les injections chaudes, les révulsifs. On doit surveiller la liberté du ventre.

L'ovarite aiguë est rare et dépend le plus souvent d'une propagation de l'infection venue des trompes : elle est folliculaire ou parenchymateuse ou interstitielle. Le traitement est le même que celui de l'inflammation tubaire isolée.

La pelvi-péritonite peut être généralisée ou localisée à la portion de péritoine qui recouvre l'un ou l'autre des organes pelviens. Hyperémie, épaississement des tissus, transsudation abondante d'un liquide fibrineux, fausses membranes, adhérences, cloisonnement, déviation d'organes, ascite, formation d'abcès qui peuvent demeurer longtemps inaperçus et se vider un jour dans un des organes voisins, — telle est ordinairement la marche du processus sous ses différentes formes.

Les abcès pelviens sont généralement intra-péritonéaux, limités par des fausses membranes englobant intestin, ovaire, trompe, utérus suivant les cas ; leur point de départ est le plus souvent une trompe.

L'abondance des lymphatiques, qui de l'extrémité supérieure du vagin, du col et de l'utérus se répandent dans les espaces sous-péritonéaux et entre les feuillets du ligament large explique surabondamment la formation des cellulites pelviennes. Les masses ainsi développées au voisinage de l'utérus entraînent les déplacements de cet organe.

Dans les cas d'endométrite septique, il faut curetter avec soin l'utérus, le laver et le bourrer de gaze.

Si la présence du pus n'est pas démontrée, repos absolu au lit, longues injections chaudes matin et soir, opium après évacuation de l'intestin, application de teinture d'iode, glace, toniques. Mais s'il y a suppuration, il faut ouvrir le ventre, évacuer et laver consciencieusement. (*Revue de thér. méd. chir.*)



36. — Traitement électrique de la para et périmétrite chronique, par le Dr W. Koupidonoff. (*Journal d'obstétrique et de gynécologie, Wratch*, n° 48, 1894.) — L'auteur s'est servi dans quatorze cas de la méthode d'Apostoli, un peu modifiée. Ainsi il employait des courants moins forts (de 10 à 60 milliampères), l'électrode active était en communication avec le pôle positif (chez Apostoli c'est le contraire). La durée de la séance était également beaucoup plus courte que dans la méthode d'Apostoli (d'une à deux minutes).

L'auteur a obtenu dans huit cas une guérison complète, dans deux cas une amélioration notable, dans trois cas le traitement n'était pas achevé et dans un cas il y a eu de l'aggravation par suite de l'usage de courants trop forts.

D'après l'auteur, les avantages de sa méthode sont :

1° Les tissus ne sont pas détruits : l'application des courants n'occasionne presque pas de douleurs ;

2° Les malades peuvent vaquer à leurs occupations :

3° La méthode peut être appliquée sur des malades qui viennent du dehors ;

4° Le gonflement et la sensibilité des épanchements diminuent rapidement. Amélioration rapide de l'état général ;

5° Agit aussi rapidement que les courants forts, quoique plus lentement, mais en revanche elle est exempte des inconvénients que peuvent présenter ces derniers.

(*Revue de thér. méd. chir.*) HIRSCHBERG.



37. — Infection puerpérale : traitement local. (*Montreal med. Journ.*, décembre 1894.) — M. EVANS présente une communication sur ce sujet :

La moitié des cas qui se présentent aux cliniques gynécologiques font dater le commencement de leurs souffrances d'un accouchement.

La fièvre puerpérale n'existe plus, les cas d'infection mortels sont rares, mais encore beaucoup de mal est attribuable aux soins imparfaits des accouchements.

L'infection peut être ou locale (ulcères puerpéraux, endométrite catarrhale ou pseudo-membraneuse, métrite, péri ou paramétrite) ou générale (péritonite, pyémie, septicémie ou bacillus coli communis).

La fièvre après l'accouchement n'est pas toujours due à l'infection septique. L'examen consciencieux des organes génitaux est nécessaire avant de prononcer le diagnostic.

Dans le cas d'infection, les injections antiseptiques (créoline 1/2 à 2 0/0, permanganate de potasse, eau iodée) sont indiquées pour nettoyer la cavité, suivies d'un curettage soigné et de l'emploi des écouvillons. Une injection chaude sera donnée pour terminer le pansement et un crayon iodoformé introduit dans l'utérus aussi haut que possible et laissé en place. L'injection peut être répétée au bout de douze heures et le crayon iodoformé renouvelé.

Si l'infection s'étend aux trompes il faut maintenir de la glace sur l'épigastre. La promptitude dans le diagnostic et le traitement est essentielle. (*Revue de thér. méd. chir.*)



38. — **Dilatation manuelle extemporanée du col.** (*Société obstétricale et gynécologique*, décembre 1875.) — M. Harris emploie le procédé suivant quand la grossesse est déjà avancée et que la délivrance rapide s'impose, soit pour placenta prævia, soit pour toute autre raison. Il faut toutefois que l'index puisse être introduit sans difficulté, sinon il vaut mieux recourir aux autres méthodes de dilatation connues, telles que les ballons, etc. La méthode de l'auteur a été employée par lui dans sept cas de placenta prævia, dans six cas de présentation oblique et dans deux cas d'éclampsie. La femme étant anesthésiée, on fait glisser sur lui le pouce, dont l'extrémité est d'abord introduite obliquement, en coin, entre l'index et l'orifice cervical. On recourbe alors l'index à l'intérieur de l'utérus et le troisième doigt est glissé à son tour de la même manière, et ainsi des autres. L'auteur décrit minutieusement chaque temps de cette manœuvre, qu'il décompose en six *positions* successives. La main entre ainsi aisément tout entière et le décollement des membranes, suivi ou non de la version, s'effectue dans d'excellentes conditions de rapidité et de sécurité. (*Rev. de thér. méd. chir.*)



39. — **Traitement local de l'endométrite puerpérale.** — M. Ten Bokkel Huinink (*Nederlandsch. Tydsch. v. Verlosk. en Gyn.*, n° 5) décrit le traitement employé à la clinique du Pr Van der Mey, qui est basé sur l'emploi de la teinture d'iode. Dès que la fièvre fait son apparition dans le cours du puerpérium, les organes génitaux sont minutieusement explorés ; les ulcérations, les plaies, quelles qu'elles soient, sont désinfectées avec une solution forte de sublimé, puis badigeonnées avec de la teinture d'iode. Si la température se maintient élevée, la cavité utérine tout entière est badigeonnée avec le même caustique, après désinfection minutieuse avec l'acide phénique ou le sublimé. Dans 52 cas traités à la clinique, et où cette méthode a pu être appliquée à temps, l'infection a été radicalement enrayée.

FORMULAIRE

Utilité des badigeonnages de gaïacol dans le traitement des pelvi-péritonites aiguës.

(Jules Chéron.)

On sait que les badigeonnages de gaïacol produisent un effet antipyrétique très marqué dans la tuberculose aiguë, dans l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la pleurésie, etc. A ces propriétés antipyrétiques, le gaïacol, employé en badigeonnages, jouit aussi des propriétés analgésiques qu'on a utilisées contre les points de côté des tuberculeux, les douleurs rhumatismales, le névralgies diverses. Dans certains cas d'arthrite, dans certains cas d'orchite, les résultats obtenus ont été très encourageants, non seulement au point de vue de la température et de la douleur locale, mais encore au point de vue de l'arrêt du processus inflammatoire.

La connaissance de ces faits m'a engagé à employer ces badigeonnages dans la pelvi-péritonite aiguë ou sub-aiguë. J'ai eu recours au carbonate de gaïacol pur, à la dose de 0,50 centigrammes, employé en badigeonnages, au point le plus endolori de la paroi abdominale (le plus souvent au-dessus de l'arcade de Fallope). La fièvre baisse de 1 à 2 degrés dans les quelques heures qui suivent. La sédation de la douleur est rarement immédiate, mais elle est bien marquée au bout de 1 heure à 2 heures et se maintient souvent pendant toute la journée.

Nous conseillons de faire ces badigeonnages tous les jours (mais sans dépasser la dose de 0,50 centigrammes pour ne pas produire de phénomènes de dépression, qu'il est important d'éviter pendant la première semaine), et de préférence dans la soirée, au moment où la température a atteint son maximum.

On ne doit pas négliger, pour cela, de soutenir les forces de la malade et de combattre énergiquement l'hypotension artérielle souvent si accentuée, qui juge la gravité immédiate de l'affection. Les transfusions hypodermiques de sérum artificiel, faites à dose suffisante, et aussi souvent répétées que l'exige la dépression de la malade sont, à notre avis, la méthode thérapeutique la plus efficace à mettre en œuvre dans ce but.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

LES MÉFAITS DES CRAYONS DE CHLORURE DE ZINC DANS LE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE.

Il y a des morts qu'il faut qu'on tue, dit le proverbe. Le traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc mis à demeure dans la cavité utérine est du nombre de ces décédés récalcitrants.

Dans une discussion intéressante sur la thérapeutique intra-utérine, à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, discussion sur laquelle nous aurons peut-être à revenir dans une de nos prochaines Revues, M. Dumontpallier a cru devoir rappeler à l'attention de ses collègues, comme méthode de traitement de l'endométrite, le procédé des bâtons au chlorure de zinc introduits dans la cavité utérine et provoquant une escharification de la muqueuse malade et son élimination. « On les accuse, dit-il, de produire des atrésies du col. Or, cette atrésie ne se produit que cinq fois sur cent (1). Cela ne peut suffire à discréditer ma méthode qui a de nombreux avantages sur le curettage : on peut opérer seul, sans aide ;

(1) Cette statistique fût-elle exacte, en réunissant tous les cas soumis au traitement par les bâtons au chlorure de zinc, la proportion relativement importante des accidents consécutifs à ce procédé renouvelé de l'antique serait loin d'être négligeable, alors surtout que les méthodes rationnelles employées actuellement n'exposent jamais à de semblables complications. (J. B.)

on n'a pas besoin de chloroforme, on n'a pas à craindre d'hémorrhagie. Le curettage a été un moment à la mode ; mais il perd beaucoup de terrain ; on le fait maintenant suivre de badigeonnages de glycérine créosotée, ou même, comme MM. Périer et Nélaton, de badigeonnages de chlorure de zinc. C'est en somme un retour à ma méthode (1). On reproche aussi à mon procédé d'être douloureux ; mais cinquante pour cent des femmes ne souffrent pas et les autres ne souffrent guère (2). On a dit que la muqueuse détruite ne se régénérait pas ; elle se régénère si bien qu'on la retrouve à l'examen histologique de l'eschare, si une réinfection a nécessité une nouvelle application de chlorure de zinc (3). On a dit que j'empêchais les grossesses ultérieuses. Cela est faux (4). J'ai vu, au contraire, après le curettage, des métrites persister et la femme rester stérile. On apporte ici de nombreuses observations d'atrésies du col après application de bâtons de chlorure de zinc. C'est que l'opération a été mal faite. J'emploie aujourd'hui des bâtons contenant 33 de chlorure de zinc pour 66 de farine de seigle et je garnis leur extrémité de papier d'étain dans la partie qui correspond au col. Je n'ai jamais observé depuis que des atrésies celluleuses et très exception-

(1) Les cautérisations *rapides* au chlorure de zinc en *solution* donnent de bons résultats dans certaines endométrites légères et curables sans curettage, mais cela n'a rien de commun avec l'escharification en masse de la muqueuse utérine telle que la produit M. Dumontpallier. (J. B.)

(2) C'est peut-être vrai pour les malades d'hôpital, dans des cas où le curettage sans chloroforme serait facilement supporté, comme cela se voit quelquefois chez les femmes du peuple.

(3) Comme tous les moyens aveugles, la cautérisation par le chlorure de zinc solide mis à demeure dans la cavité utérine peut faire sans doute, dans quelques cas, exactement ce qui est utile et rien de plus, mais c'est une question de chance ; souvent la cautérisation sera trop forte, d'où les atrésies, d'où l'absence de régénération possible de la muqueuse ; d'autres fois elle sera trop faible et on aura perdu son temps. C'est précisément l'impossibilité d'agir, d'une façon constante, proportionnée à l'épaisseur de la muqueuse à détruire, épaisseur variable suivant les points examinés dans un cas donné et encore plus variable d'un cas à l'autre, qui condamne absolument la méthode en discussion. (J. B.)

(4) La stérilité est cependant une conséquence forcée de l'atrésie et même, sans atrésie, de l'état fibroïde de la muqueuse profondément détruite. (J. B.)

nellement des atrésies fibreuses. Le traitement ainsi fait est très simple et le premier venu peut l'appliquer. »

Tel est le plaidoyer, que nous avons tenu à citer complètement, de M. Dumontpallier. A la façon dont cette communication a été accueillie, l'auteur aurait mieux fait sans doute, dans l'intérêt de son procédé thérapeutique, de garder le silence. Qu'on en juge :

« Je croyais la méthode du bâtonnage morte et définitivement enterrée, dit M. Pichevin. Mais puisqu'il faut, pour l'achever, de nouveaux faits, j'en apporte. J'ai enlevé dernièrement un utérus qui avait été bâtonné par la méthode de M. Dumontpallier ; il était atrophié, la muqueuse n'existait plus, la cavité était presque absolument effacée. Il est inexact de dire que l'on abandonne le curettage ; ce qui est vrai, c'est que l'on précise mieux ses indications. On sait qu'il s'adresse surtout à la muqueuse du corps et ne guérit pas celle du col. Si celle-ci est malade, il faut compléter l'opération par le rabotage, le limage ou le varlopage du col, suivant l'instrument dont on se sert, ou encore pratiquer l'évidement du col selon la méthode de Bouilly ou son amputation par le procédé de Schrœder. »

M. Charpentier rappelle combien sont exceptionnelles les récidives de métrites après le curettage bien fait. On a accusé le curettage de provoquer la stérilité ; il a vu, en effet, une femme rester stérile après un curettage. Mais on s'est avisé plus tard d'examiner le mari ; il était diabétique et cryptorchide ; le curettage guérit les stérilités dues à de l'endométrite, mais non celles qui tiennent au conjoint.

Quelle est la nature des atrésies celluleuses dont parle M. Dumontpallier ? Il entend sans doute par là, remarque M. Doléris, des atrésies dues à des bourgeons charnus, qui, en effet, sont mous et assez facilement franchissables. Mais ces sténoses celluleuses sont seulement la phase de début d'une sténose fibreuse. Comme toute plaie profonde, la plaie du muscle utérin provoquée par M. Dumontpallier guérit par des bourgeons d'abord mous, qui, plus tard, se transforment en

tissu cicatriciel fibreux et rétractile. M. Le Dentu a du reste suivi cette évolution sur l'utérus chez des animaux après introduction de bâtons de chlorure de zinc. M. Dumontpallier ne signale pas l'influence du bâtonnage sur les lésions des annexes. L'orateur est persuadé qu'il aggrave ces lésions.

M. Petit a vu un certain nombre de femmes qui avaient été traitées par M. Dumontpallier. Il a été frappé de l'état quasi-vésanique de ces femmes quand on leur parlait de l'opération qu'elles avaient subi ; elles avaient gardé un souvenir terrible des douleurs de la première journée après l'introduction du bâton. Beaucoup de ces femmes avaient le col atrésié. M. Petit a pu guérir un grand nombre de ces atrésies par le cathétérisme répété ou par l'électrolyse ; mais dans d'autres cas l'atrésie était complète et il a fallu en venir à l'hystérectomie.

Citons, pour terminer, l'opinion de M. Budin : « Je suis très étonné, dit-il, de voir M. Dumontpallier ne pas renoncer à sa méthode, en présence des désastres que l'on a constatés. La première qualité d'un traitement doit être son innocuité certaine. Votre méthode ne répond pas au vieux précepte médical : *primum non nocere*. C'est pourquoi elle a été abandonnée de tout le monde. C'est pourquoi il faut absolument renoncer à la défendre. »

Nous renvoyons nos lecteurs à notre Revue du 25 février 1890 : *Le crayon de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites, parallèle avec le curettage de la cavité utérine*, et à celle du 25 septembre 1890 : *Quelques observations d'atrésies utérines à la suite de l'emploi des crayons de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites*.

Dans ce dernier travail, nous reproduisons deux observations de M. Walton et une observation inédite due à M. Chéron. Il serait facile, ajoutions-nous de recueillir des observations nombreuses, aussi démonstratives que les observations qui précèdent. Les cautérisations de la cavité utérine à l'aide du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure représentent

donc un très mauvais procédé de traitement des endométrites, car elles sont insuffisantes ou dangereuses. Espérons donc que nous n'aurons plus besoin de revenir sur cette question qui est jugée désormais, tous les gynécologistes compétents étant d'accord pour condamner ce mode de traitement, qui, comme le dit, en concluant, M. le Dr Walton, est la négation de toute gynécologie saine et raisonnée ».

JULES BATUAUD.

DE LA FOLIE POST-OPÉRATOIRE

et de la manie des opérations chirurgicales (Mania operativa passiva) chez certains névropathes (1),

Par le Dr GLORIEUX.

—

Dernièrement notre excellent collègue et ami le Dr Jacobs faisait à la *Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique* une intéressante communication sur les complications mentales qui surviennent après des opérations, de gravité différente, faites sur l'appareil génital de la femme. D'après lui, ces cas de *folie post-opératoire* sont graves et se terminent fréquemment par une mort prochaine. A la même séance, comme pour venger la gynécologie des torts qu'il venait de formuler contre elle, le Dr Jacobs rappela les résultats de la pratique du professeur Rohé, de Baltimore, qui, chez toute folle présentant des altérations du côté de l'utérus ou des annexes, pratique l'ablation des organes malades et obtient ainsi des guérisons ou des améliorations fréquentes dans l'état mental.

A quelles causes faut-il attribuer ces cas de folie post-opératoire ? L'on attribue, dit Jacobs, la majorité des cas de troubles mentaux consécutifs aux opérations pratiquées sur les organes pelviens aux mêmes causes que ceux qui se produisent après les interventions chirurgicales quelconques. Ce sont : le choc opératoire, la sepsie ou l'intoxication par les antiseptiques

(1) *La Policlinique*, 15 décembre 1894.

ou les médicaments que l'on emploie pendant ou après l'opération, enfin l'intoxication par le chloroforme.

Nous laisserons de côté les folies qu'on appellerait plus justement *folies médicamenteuses ou toxiques plutôt que folies post-opératoires ;* nous ne dirons rien du choc opératoire ou choc du bistouri dont nous ignorons le mécanisme physiologique pour ne parler que des folies qui doivent être rapportées au *choc moral* que produit une opération ou même l'indication d'une intervention chirurgicale.

Dire à une femme qu'elle devra subir une opération, c'est lui annoncer une nouvelle terrible, qui peut-être sera son cauchemar et du jour et de la nuit. Fatalement, la femme nerveuse exagérera tous les risques de l'opération, elle se préparera à mourir et aura son système nerveux en tension jusqu'au moment de l'opération. Ajoutez à ces préoccupations légitimes une *prédisposition héréditaire ou acquise* aux affections nerveuses et vous trouverez facilement la raison d'être et le mécanisme physiologique de ces troubles mentaux.

Nous savons bien que grâce aux progrès de l'antisepsie et grâce à l'habileté des chirurgiens, le mot « opération » ne mérite plus d'inspirer tant de crainte et de méfiance. Mais le public gardera encore quelque temps cette sainte horreur des opérations du ventre, pour me servir de son expression, et il se rappelle qu'il y a quelque dix ans toute femme à qui on ouvrait le ventre était morte le lendemain, l'opération ayant toujours bien réussi, mais les suites ayant été fatales.

Une question intéressante à résoudre serait celle de savoir si les folies post-opératoires surviennent plus fréquemment après une intervention sur les organes génitaux que sur tout autre organe ?

Le moindre trouble qui se produit aux organes génito-urinaires a la propriété d'affecter tout particulièrement le moral des malades. Que de fois ne voyons-nous pas arriver à la Policlinique des cas de neurasthénie grave, frisant l'aliénation mentale et dont le début remonte à une blennorrhagie radicalement guérie, ou due à une gonorrhée existant plus à l'état d'obsession qu'en réalité. D'autre part, en gynécologie, comme les opérations se pratiquent non à ciel ouvert, mais dans des cavités, tout est mystère pour la femme et un simple curetta-

ge prend les mêmes proportions d'importance qu'une castration totale : tout est opération, et toute opération effraie et inquiète les névropathes.

Nous donnons nos soins à une dame qui est atteinte depuis huit ans de neurasthénie hypocondriaque : tous ces désordres nerveux datent du jour où, pour une affection d'estomac elle alla consulter un médecin qui reconnut l'existence d'une congestion de la matrice et conseilla des scarifications du col : c'était là une opération pour la malade et depuis lors son existence est empoisonnée et elle en a pour ainsi dire perdu la tête. Il est évident que dans les cas de l'espèce il faut admettre la prédisposition morbide.

Nous avons vu un vrai cas de *folie dentaire* survenir après des névralgies dentaires : la malade avait une frayeur d'aller chez le dentiste ; le fait d'y penser la faisait délirer. Les exemples ne manquent pas de folies survenues à la suite d'un violent choc moral, de quelque nature qu'il soit, quand ce *nervous shock* se produit chez une personne dont le système nerveux n'est pas des mieux équilibrés.

L'influence du choc moral, de la peur du couteau, sur la production des affections mentales post-opératoires est nettement établie par un exemple clinique signalé par le Dr Van Hassel, de Pâturages, à la Société belge de gynécologie.

Ce praticien éclairé fut consulté par une jeune femme atteinte d'une rétroversion utérine très douloureuse et il proposa une opération qui fut catégoriquement refusée. L'année suivante, cette femme devint enceinte et eut une fausse couche, au troisième mois de sa grossesse. C'est alors qu'apparurent les troubles nerveux, des insomnies quasi-continues, une exaltation sensorielle avec des crises convulsives, de la perte de la mémoire, des frayeurs subites..., bref, tous les signes d'une folie hystérique. N'obtenant aucune amélioration par les méthodes thérapeutiques ordinaires, le Dr Van Hassel songea à l'influence que pouvait exercer peut-être l'ancienne affection utérine, sur la production de ces troubles mentaux, et il proposa la cure radicale par une opération.

Au mot d'opération, la femme jeta des cris d'effroi et dès ce moment, tous les symptômes vésaniques s'accrurent de plus en plus : des idées d'exaltation religieuse et de tendance au

suicide vinrent encore aggraver la situation. Dans un moment de lucidité passagère, la malade demanda au médecin s'il n'y avait pas moyen de la guérir de son affection utérine sans opération, de manière à tenter de l'empêcher de se tuer.

Le praticien commença le massage de la matrice et depuis lors le calme revint avec le sommeil. La guérison génitale, dit le confrère, marche actuellement à grands pas et parallèlement à cette amélioration, un amendement toujours croissant se manifeste dans l'état psychique de cette personne.

Et il ajoute très judicieusement : l'annonce d'une opération chez certaines névropathes a frappé leur esprit timoré d'une secousse profondément ressentie ; leur cerveau a perdu tout ressort, leur volonté s'est laissé absorber par une idée fixe, faite de terreur, d'affaissement et de visions sombres pour l'avenir. Une répercussion considérable s'est produite ainsi sur les centres nerveux. Il en est résulté une dépression ou une exaltation suivant leur impressionnabilité spéciale et le degré de tension de leur pensée ; la folie n'a pas tardé à développer alors ses funestes effets.

Par le plus singulier des contrastes, si nous voyons des femmes devenir folles à l'idée qu'elles devront subir une opération, nous en rencontrons d'autres qui opportunent le médecin et le supplient en grâce de bien vouloir les opérer ; elles vont jusqu'à dire que si on ne les opère pas, elles en finiront avec l'existence. Ce sont pour la plupart des hystériques ou neurasthéniques qui souffrent depuis longtemps de maux plutôt psychiques qu'organiques et qui espèrent mettre un terme à leurs souffrances en se laissant enlever l'un ou l'autre organe où la douleur semble se localiser davantage.

Charcot signale incidemment cette manie d'être opérée chez certaines malades atteintes de coxalgie hystérique. C'est qu'en effet, dit l'éminent clinicien de la Salpêtrière, par suite d'une singulière tournure d'esprit, les malades atteintes de cette affection réclament parfois à grands cris une intervention active ; aussi comprendrez-vous aisément que, lorsque ces malades atteints de *mania operativa passiva*, comme l'a dit Textor, se sont pour leur malheur trouvés en présence de chirurgiens affectés d'une manie analogue, mais active cette fois, *mania operativa activa* (de Stroemyer), les opérations les plus fan-

tastiques soient résultées de cet imprudent conflit. Des amputations ont été pratiquées, Brodie en cite plusieurs exemples, Coulson également ; celui rapporté par ce dernier auteur est particulièrement intéressant : il s'agit d'une jeune fille souffrant depuis trois ans d'une affection du genou, la jambe restait fléchie sur la cuisse ; les douleurs étaient insupportables ; quelques chirurgiens s'étaient refusés à toute intervention ; enfin il s'en trouva un qui consentit à opérer ; l'amputation fut faite et l'examen du genou montra une articulation normale, avec une synoviale parfaitement saine, présentant la délicatesse et la transparence de l'état physiologique ; les os étaient seulement légers, peu résistants à la scie, les cartilages un peu amincis, ainsi que cela se voit communément sur les membres qui sont restés longtemps immobilisés.

Charcot ne dit pas si la malade était guérie de ses souffrances après l'amputation du genou ! car fréquemment l'intervention chirurgicale, quelque grave et radicale qu'elle ait été, ne guérit que momentanément, pour quelques jours ou quelques semaines, et puis, les plaintes recommencent accusant les mêmes douleurs à la même place ou ailleurs. C'est malheureusement ce qui est arrivé avec la malade dont nous allons vous soumettre rapidement l'observation : aujourd'hui qu'on lui a enlevé matrice et ovaires, ses plaintes sont encore si nombreuses et si persistantes qu'avant l'opération.

Mademoiselle X..., de Maubeuge, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans ; son père est mort subitement à 49 ans et sa mère a succombé à une affection du cœur à 55 ans ; ses frères et sœurs sont bien portants ; tous sont nerveux et vifs, personne ne souffre de maladies nerveuses.

Lors d'un grand nettoyage, X... s'était fait un effort dans les reins et depuis, elle marchait le dos tout à fait courbé. Pour la redresser, le médecin consulté appliqua des cautères tout le long de la colonne vertébrale ; la pauvre fille en porte encore toujours les traces indélébiles. N'obtenant par ce traitement aucune espèce d'amélioration, ni au point de vue des douleurs du dos, ni au point de vue dè l'attitude du tronc, la malade, sur les instances de sa mère, se décida à partir pour Lourdes. En rentrant de pèlerinage, elle se tenait moins courbée ; elle souffrait moins, mais elle n'était pas guérie. Depuis

le début de l'affection, les pertes menstruelles par le vagin étaient peu abondantes et périodiquement la malade perdait du sang par la bouche sous forme d'hémoptysies ou de gastrorrhagies.

Elle resta pendant environ un an sans consulter de médecin, tout en éprouvant toujours de continuelles souffrances. L'arrivée à Maubeuge d'un nouveau docteur la décida à recourir à ses bons soins : celui-ci pendant cinq années consécutives lui appliqua régulièrement des pointes de feu dans le dos et lui administra force médicaments internes.

Le malheur voulut que ce médecin devint malade et fut remplacé par un confrère plein de zèle qui scruta la jeune fille dans tous les sens et découvrit une affection de matrice. La matrice, c'était là le corps du délit, la cause de tous les maux... *Mulier id est quod est propter solum uterum* ! — Il fit pendant deux mois des incisions au col, pratiqua des cautérisations locales, ordonna des injections, plaça des tampons, tout cela pour rétablir le flux menstruel.

Ce traitement local fut continué par le médecin traitant, une fois guéri, qui regrettait néanmoins, au dire de la malade, qu'on ait jamais commencé à s'en prendre à la matrice. Toutes ces formes de traitement, appliquées aux organes génitaux, finirent par mettre la jeune fille dans un grand état d'énervement et de surexcitation nerveuse : elle devint d'une maigreur et d'une faiblesse extrême ; elle perdit l'appétit, eut de fréquents vomissements et, dans le courant de cette période de traitement local, trois fois on lui administra les derniers sacrements, croyant qu'elle allait mourir.

Bref, pour me servir de son expression, elle l'échappa belle et la maladie de sa mère vint modifier le cours de ses idées et de son mal. Sa mère alitée et mourante, elle dut forcément vaquer aux soins du ménage et, bon gré, malgré, elle dut être sur pied et revint à un état de santé plus ou moins satisfaisant.

Après la mort de sa mère, elle vint passer quelques mois chez des parents en Belgique et, avec son besoin naturel de consulter, elle alla trouver le médecin du village, lui fit longuement part de toutes ses misères, et celui-ci lui donna le conseil d'aller à Bruxelles se faire soigner à l'hôpital Saint-Jean. Ce docteur, il faut le dire à son éloge, n'appliqua pas de

spéculum, et se contenta d'ordonner un médicament interne *propter formam*.

Ce médecin, trop peu scrutateur, n'était pas dans les bonnes grâces de la jeune fille ; il lui fallait un traitement objectif, un examen plus approfondi, quelque chose qui ressemblait à une opération et toujours en quête de traitement, elle se rendit à l'hôpital de Mons, où on lui fit la dilatation du col de la matrice. Après un séjour d'un mois à cet hôpital, elle retourna à Maubeuge, où un de ses nombreux anciens médecins traitants continua les essais de dilatation. Après plusieurs mois de ce traitement, tout aussi impuissant que les précédents, le médecin donna le conseil de partir pour Bruxelles chez un gynécologue de grand renom.

Quand il s'agissait de partir pour aller subir une opération nouvelle, il n'y avait jamais de difficulté ni d'empêchement. La malade vint à Bruxelles, raconta avec un certain air moqueur, la longue histoire de tous ses maux ; le spécialiste trouva un déplacement de la matrice (le contraire eût été étonnant après tant d'interventions !) décida un curettage et replaça la matrice dans sa position normale. Trois semaines après l'opération, elle sortit de l'Institut plus souffrante qu'auparavant : les douleurs dans le dos, les maux de ventre, les vomissements, les insomnies, tout persistait, et à toutes ses plaintes on lui répondait : « C'est nerveux, cela se passera. » On ordonna des injections calmantes, on fut même obligé à certains jours de recourir aux injections de morphine, tant les douleurs étaient violentes. Enfin, lasse de tant souffrir, en octobre 1893, la malade revient à Bruxelles et demande à grand cris qu'on lui fasse une opération quelconque, afin de la soulager et de lui rendre la vie supportable.

Un nouvel examen des organes génitaux fit découvrir l'existence de petits kystes dans les ligaments larges, est cette fois-ci, cédant aux instances de la malade, et espérant amener une modification dans son état général, le spécialiste enleva tout, matrice, ovaires, ligaments.

L'opération réussit à merveille et les huit premiers jours, tant que la malade resta couchée, les douleurs du ventre avaient complètement disparu. Une fois debout, les souffrances recommencèrent, elle devint triste, pleura des journées entières

et, malgré les paroles encourageantes des médecins, elle ne parvint pas à prendre le dessus. Triste et découragée mais parfaitement guérie de sa grave opération, elle retourna à Maubeuge. Dans le train elle eut faiblesse sur faiblesse, un œdème probablement hystérique envahit tout son corps ; le médecin en constatant ce gonflement généralisé considéra l'état comme étant très grave et fit administrer la malade.

Fin novembre, elle revint passer trois semaines à l'Institut, puis, ne voyant guère d'amélioration à ses souffrances, elle quitta l'établissement, pour entrer à l'hôpital Saint-Pierre, où elle ne resta que peu de temps, parce qu'on ne lui faisait pas d'opération.

Enfin, toutes les ressources de la chirurgie étant épuisées, cette malade vint me consulter à la Policlinique, au mois de mai dernier. Reconnaissant la nature franchement hystérique de toutes les doléances dont elle nous faisait part, nous lui conseillons un traitement d'ensemble, consistant en hydrothérapie, électricité statique, travail régulier. Nous lui recommandons de chercher une place de femme de chambre, chez des personnes tranquilles, et peu de temps après, elle vient nous informer qu'elle part pour toute la saison à Blankenberghe, avec une dame maladive et aussi nerveuse qu'elle. A cette époque, les douleurs du ventre avaient beaucoup diminué, et la jeune fille reconnaissait que la dernière grande opération lui avait procuré beaucoup de soulagement. Les grands maux de ventre ne répparaissaient que rarement, surtout à la suite d'émotions ou de contrariétés.

A sa rentrée de Blankenberghe, l'état général était excellent; la jeune fille avait considérablement grossi, et elle se plaignait vivement d'un gonflement au cou, à droite de la dernière vertébrale cervicale. Objectivement, on constatait à cet endroit un peu de gonflement rappelant un petit kyste ou un engorgement sous-cutané, et la malade y ressentait des douleurs atroces, s'irradiant de là dans la tête et les bras. Encore une fois, elle aurait été prête à se laisser opérer, car les topiques locaux n'avaient donné aucun résultat. A l'heure qu'il est, peut-être y at-il un chirurgien complaisant, qui y a enfoncé son bistouri, car depuis deux mois, je n'ai plus revu la malade.

Cette *mania operativa passiva* est parfois poussée à un degré tel, que les malades tâchent de se créer un état pathologique réclamant une intervention chirurgicale. Nous en avons un exemple frappant dans un cas rapporté par notre collègue et ami le Dr J. Verhoogen, à la séance du 4 décembre 1893 de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, dont l'affection a débuté il y a quelques années, par une pleurésie gauche. La malade a été ensuite atteinte d'amaurose, puis de névralgie sus et sous-orbitaire, pour laquelle on a fait l'élongation des nerfs. Elle a subi ensuite un curettage pour métrorrhagies. Voilà déjà une double intervention chirurgicale, provoquée probablement à la demande expresse de la malade.

Depuis plusieurs mois, elle se plaint de rétention complète d'urine, et l'on est obligé constamment de vider la vessie au moyen de la sonde. Il y a eu, à diverses reprises, des urines sanglantes dans lesquelles on a découvert des concrétions pierreuses du volume d'un haricot, de forme plus ou moins cylindrique en sablier, d'aspect rougeâtre et très dures. L'apparition de ces pierres est précédée de douleurs lombaires à gauche, descendant le long de l'uretère vers la vessie.

La malade a conservé une vingtaine de ces concrétions. Elle a accusé de la fièvre hectique, frissons suivis de chaleur et présente dans le flanc gauche une sorte de tuméfaction qui ne donne cependant pas les caractères d'une tumeur du rein.

Les urines recueillies par la sonde sont troubles, avec un épais sédiment blanc et caillebotté et répandent une forte odeur acide ; leur évacuation s'accompagne de l'émission de bulles de gaz.

La malade se plaint beaucoup et réclame *une intervention chirurgicale* pour être débarrassée de ses douleurs.

L'examen des concrétions démontre qu'elles sont constituées par de l'argile cuite. L'urine contient de la caséine, du sucre de lait et de l'acide lactique ; elles sont donc mélangées de lait aigre que la malade doit s'injecter dans la vessie.

L'examen au cystoscope montre que l'urine est parfaitement claire au sortir de l'uretère ; la vessie présente des ecchymoses et une zone de cystite intense au niveau du col, lesquelles sont dues probablement à l'introduction des pierres.

Il est rare de rencontrer de la simulation poussée jusqu'à ce point. La malade présente des stigmates hystériques ; elle a fréquenté des hôpitaux et a dû probablement y observer un cas de lithiase rénale qu'elle simule actuellement. Quant à la tuméfaction du flanc gauche, sans modification de la sonorité et de la forme des organes, elle fait songer aux tumeurs-fantômes décrites par les chirurgiens dans la cavité abdominale.

Ce cas rapporté par notre collègue J. Verhoogen est d'autant plus intéressant, qu'il démontre jusqu'où peut conduire la manie d'être opérée. Cette hystérique simule non pas pour se rendre intéressante et attirer l'attention sur elle, comme c'est généralement le cas dans l'hystérie, mais elle simule, afin de pouvoir se faire opérer, dévorée qu'elle est de la *mania operativa passiva* ; elle se crée un état pathologique dont le traitement réclame une intervention chirurgicale.

Il existe enfin une classe de névropathes qui réclame également à grands cris une intervention chirurgicale ; mais cette *mania operatoria passiva* n'existe chez eux qu'accidentellement, depuis qu'un médecin leur a imprudemment fait savoir qu'on pouvait les guérir de tous leurs maux par une opération : je veux parler des neurasthéniques atteints de rein mobile ou des déséquilibrés du rein.

De l'avis de notre collègue Godart-Danhieux, le rein mobile se rencontre communément : il ne réclame d'intervention chirurgicale que quand il donne lieu à des troubles fonctionnels ou à des symptômes de compression, hydronéphrose, hématurie, troubles vésicaux. Quelques chirurgiens sont encore portés à croire qu'en fixant un rein plus ou moins mobile, ils guériront la plupart des symptômes dont se plaignent les malades ; ils oublient que ces plaintes sont d'ordre nerveux et relèvent de la neurasthénie et leurs insuccès, après la néphrorraphie ou la néphropexie, devraient leur ouvrir les yeux et les faire renoncer à toute intervention active.

Tous les neurasthéniques que nous connaissons et qu'on a cru pouvoir guérir en fixant leur rein mobile ont vu leur état s'aggraver depuis l'intervention chirurgicale. Les symptômes du rein mobile sont venus s'ajouter au tableau symptomatique préexistant, déjà suffisamment fourni. Depuis cette révélation du rein mobile, ils se plaignent davantage du bas-ventre ; ils

n'osent plus faire de mouvement brusque de peur de luxer leur rein, ils le sentent se déplacer, tomber dans la fosse iliaque... Les plaintes deviennent si persistantes et les douleurs si fortes, que finalement ils réclament une intervention chirurgicale comme étant le seul remède à leurs maux.

Une de nos malades a déjà été opérée trois fois: une première fois par la voie abdominale ; une seconde fois, on lui a enlevé un rein surnuméraire ; une troisième fois, on lui a fixé à nouveau le rein redevenu mobile, malgré la première intervention. Cette malade est toujours dans le même état de dépression neurasthénique, se plaignant de douleurs dans le flanc droit, de grande faiblesse, d'incapacité de travail, d'idées tristes ; bref, la neurasthénie persiste avec tout son luxe de symptômes.

Une autre malade, également neurasthénique, a été beaucoup plus souffrante depuis qu'elle a su qu'elle avait un rein mobile et s'est soumise à la néphrorraphie avec plein espoir de guérison. Maintenant que l'opération est terminée et que son état est stationnaire pour ne pas dire aggravé, elle est désespérée.

Cette malade donne des détails tellement précis sur son opération, qu'on croirait entendre un homme de l'art. On a pratiqué une incision le long de la colonne vertébrale dans la masse sacro-lombaire, à partir de la dernière côte, sur une étendue de 10 centimètres, puis on a incisé la capsule adipeuse du rein, puis on a fixé celui-ci au bord externe de la masse sacro-lombaire au moyen de quatre points de suture. Cette jeune fille se ranime quand elle parle de son opération et serait prête à se soumettre à une nouvelle opération, comme si seule une opération pouvait la guérir, la pauvre fille.

L'enseignement qui se dégage de ces dernières observations, c'est que quand le médecin se trouve en présence de neurasthéniques, c'est-à-dire de gens qui scrutent et interprètent toutes ses paroles et ses gestes, il faut être très circonspect et très réservé, car un mot imprudent peut empoisonner l'existence d'un pareil malade. D'autre part, à propos de rein mobile, puisqu'il existe si souvent sans donner lieu au moindre symptôme morbide, évitons de jeter le trouble dans l'esprit déjà si troublé des névropathes en leur signalant leur mobilité rénale, pour

leur éviter les émotions d'une opération et des déboires d'un insuccès.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(5e *article, voir les trois numéros précédents.*)

—

Scarifications du col de l'utérus,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire. — Les saignées du col à l'aide des sangsues sont abandonnées aujourd'hui ; les scarifications à l'aide du bistouri seront seules étudiées ici.

Indications des scarifications du col : comme moyen déplétif dans les congestions chroniques de l'appareil utéro-ovarien, dans les sub-involutions, dans les affections inflammatoires de l'utérus ; comme moyen antiphlogistique dans les affections sub-aiguës et chroniques des annexes et des tissus péri-utérins ; comme moyen d'évacuation des kystes de Naboth ; comme moyen sédatif de certaines douleurs locales et dans certains cas de dysménorrhée.

Contre-indications des scarifications dans les affections aiguës de l'appareil utéro-ovarien et dans les anémies très prononcées. Une anémie légère n'est pas une contre-indication des scarifications.

Epoque de choix pour l'emploi des scarifications, suivant les cas : dans la congestion chronique, dans les sub-involutions, dans les lésions des annexes, dans la dysménorrhée.

Fréquence des scarifications suivant les cas.

Appareil instrumental : bistouri simple, bistouri spécial dit scarificateur ; spéculum, pince, etc.

Manuel opératoire : Injection antiseptique tiède préalable. Mise à nu du col et son nettoyage. Ponctions ou incisions radiées ; les ponctions sont préférables ; où faut-il faire de préférence les ponctions, suivant les cas ? Quantité de sang à retirer à chaque séance. Moyens à employer pour arrêter la perte de sang quand on la juge suffisante (compression, perchlorure de fer, thermo-cautère). Lavage antiseptique du col. Utilité du pansement osmotique et antiseptique comme complément de la scarification.

Préconisées pour la première fois par Guilbert, en 1826, et vulgarisées par Aran, Scanzoni et Courty, les saignées du col sont une des petites interventions gynécologiques les plus utiles et les plus usuelles. Après avoir joui d'une grande vogue, elles sont tombées en discrédit en même temps que les saignées locales,

dans toutes les branches de la médecine, étaient de plus en plus négligées. Leur abandon, en gynécologie, serait, à notre avis, une regrettable erreur. La terreur de l'anémie n'a rien à faire ici, car il est bien peu de malades qui ne puissent supporter la perte de 30 à 60 grammes de sang, une fois par mois au minimum, et cette perte insignifiante de sang suffit à diminuer la distension des capillaires dilatés et paralysés et à permettre, les autres moyens aidant, de combattre efficacement la congestion chronique qui est une complication si fréquente et si importante de la plupart des processus morbides de l'appareil utéro-ovarien.

Ce qu'il est légitime d'abandonner, c'est le procédé antique de la saignée du col, à l'aide de sangsues, alors qu'il est si simple et si facile de faire des scarifications au bistouri, proprement, rapidement, en dosant à volonté la perte de sang qu'on veut obtenir. Aussi, ne parlerons-nous, dans cet article, que des scarifications au bistouri.

Les *indications* des scarifications du col sont nombreuses et surtout se montrent à chaque instant, dans la pratique journalière de la petite chirurgie gynécologique.

Il est à peine besoin d'insister sur leur rôle comme moyen déplétif dans les congestions chroniques de l'appareil utéro-ovarien, dans les sub-involutions de l'utérus après un accouchement ou un avortement, dans les affections inflammatoires de l'utérus qui s'accompagnent, comme c'est presque la règle, d'un état congestif plus ou moins accentué. Nous n'ignorons pas que la sub-involution post-partum ou post-abortum reconnaît pour cause essentielle une infection locale plus ou moins grave quant à la virulence de l'agent infectieux (qui est presque toujours le streptocoque en pareil cas) et quant au nombre des microbes envahisseurs d'un terrain si bien préparé à leur action. Il n'en est pas moins vrai que la congestion existe, qu'elle diminue la résistance du tissu utérin à l'infection, qu'elle persiste même, alors que l'infection s'est atténuée, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement mis en œuvre, et enfin qu'elle éternise la sub-involution, favorisant ainsi la production de ces rétro-déviations souvent si rebelles. Pour accessoire qu'il soit, pathogéniquement parlant, le rôle de la congestion n'est donc pas à négliger.

Des considérations du même ordre sont applicables aux métrites et endométrites, qu'il s'agisse de lésions d'origine puerpérale ou de lésions d'origine blennorrhagique.

Dans les affections subaiguës et chroniques des annexes, du péritoine pelvien et du tissu cellulaire péri-utérin, les scarifications du col peuvent être dites antiphlogistiques, car non seulement elles diminuent toujours d'une façon notable les douleurs causées par les lésions péri-utérines, mais encore elles sont presque toujours suivies d'une amélioration nettement appréciable de ces lésions. C'est un fait d'observation journalière que les hémorrhagies utérines de moyenne intensité jouent plutôt un rôle favorable dans l'évolution des affections dont nous parlons. Il est facile de se rendre compte, par l'expérimentation, que les scarifications du col donnent aussi de bons résultats ; c'est ainsi qu'on peut quelquefois constater, d'une façon très nette, la diminution des collections tubaires non enkystées après une ou deux scarifications faites à quelques jours d'intervalle, si la première n'a pas produit d'effet manifeste. Nous ne chercherons pas à interpréter le mode d'action des scarifications, dans ce cas ; il nous suffit d'affirmer que le fait est exact, sinon d'une façon constante, du moins d'une façon assez fréquente pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte dans la pratique.

Les petits kystes de Naboth peuvent être facilement ouverts et vidés par le scarificateur, ce qui diminue les sensations de tension plus ou moins pénibles dont ces kystes sont l'origine.

Les sensations de brûlure et de pesanteur sont rapidement calmées par la scarification du col, ces symptômes étant sous la dépendance étroite de la congestion pelvienne.

Certaines dysménorrhées congestives peuvent réclamer l'emploi des scarifications. C'est surtout dans les cas obscurs de dysménorrhée, alors qu'il n'y a pas de sténose de l'orifice externe, ni de flexion du corps du col, ni de lésion des annexes, qu'on est conduit à considérer la dysménorrhée comme due à un boursouflement d'ordre conjonctif de la muqueuse du canal cervical sous l'influence du molimen menstruel. Dans ces conditions, en effet, si on examine les malades la veille des règles, au moment où les douleurs sont les plus vives, on constate que le canal cervical est tuméfié, tandis que rien de semblable n'existait la semaine précédente et que le canal cervical redeviendra libre dès que l'é-

coulement menstruel se sera franchement établi pendant un ou deux jours.

Telles sont les indications des scarifications du col, les seules que nous ayons en vue en ce moment, réservant pour plus tard la question des scarifications du canal cervical.

Un léger degré d'anémie n'est pas une *contre-indication* à l'emploi des scarifications du col, ainsi que nous l'avons déjà dit ; les anémies très prononcées sont seules une contre-indication absolue ; mais il convient de ne faire que des scarifications utiles chez les anémiques, de restreindre la spoliation sanguine au strict nécessaire et de ne pas renouveler trop fréquemment l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Nous considérons les inflammations aiguës de l'utérus et des annexes comme une contre-indication des scarifications, en raison de la difficulté que présente leur emploi en pareil cas. Si on jugeait utile de faire une petite saignée, l'application de quelques sangsues sur la partie inférieure de la paroi abdominale remplirait le même but d'une façon plus commode, et serait par conséquent à préférer.

L'époque de choix pour les scarifications du col, dans la congestion chronique et dans les affections inflammatoires de l'utérus et des annexes, est la fin de la première semaine qui suit les règles. C'est, en effet, à cette période, qu'il est le plus utile de combattre la persistance de la congestion cataméniale. Plus tôt on aurait peut-être à craindre de fatiguer les malades dont les règles viennent seulement de finir et il n'y a aucun intérêt à remettre à plus tard une intervention nécessaire. On comprend que l'ouverture des kystes folliculaires du col pourrait être entreprise à n'importe quelle période ; la fin de la première semaine qui suit les règles est néanmoins le moment le plus favorable, en raison des lésions inflammatoires concomitantes. Dans les lésions chroniques des annexes, c'est surtout lors des crises douloureuses ou lorsque le kyste tubaire semble augmenter de volume qu'il y a lieu de faire les scarifications, sans s'inquiéter de la période des règles. Enfin, dans la variété de dysménorrhée que nous avons dite plus haut être justiciable des scarifications, l'expérience, concordant avec la théorie que nous avons

énoncée, démontre que c'est dans les trois ou quatre jours qui précèdent le retour présumé de la menstruation que la scarification se montrera le plus efficace. Il n'y aurait à s'abstenir de cette pratique que si la malade avait déjà fait des fausses couches et si on pouvait supposer l'existence d'une grossesse datant de quelques semaines.

Dans bien des cas une seule scarification par mois est suffisante, si surtout on associe aux scarifications l'emploi des pansements osmotiques fréquents ; il sera parfois nécessaire d'en faire deux par mois, à une semaine d'intervalle, mais il y a rarement avantage à dépasser ce chiffre. Mieux vaut, à notre avis, faire une scarification de 50 à 60 grammes en une seule fois que trois scarifications de 15 à 20 grammes, à moins que la faiblesse de la malade n'exige des précautions spéciales.

On a imaginé divers scarificateurs plus ou moins compliqués, à pointes multiples ou à lame unique, garnie d'un opercule pour éviter la pénétration de la lame à une trop grande profondeur. Ces instruments sont abandonnés depuis bien des années et sont du reste tout à fait inutiles. Un bistouri aigu à pointe fine monté sur un long manche remplit très bien les conditions voulues pour une bonne scarification. On choisira de préférence un bistouri très aigu et à double tranchant, si on veut éviter aux malades toute sensation douloureuse, mais un bistouri ordinaire peut être suffisant. Un spéculum modèle Cusco, une pince à pansement complètent l'appareil instrumental, très simple, comme on le voit.

Une injection tiède antiseptique ayant été faite avec tout le soin voulu (voir le n° de mars 1895), le col est mis à nu à l'aide du spéculum et nettoyé avec de l'ouate hydrophile aseptique montée sur la pince à pansement. On fait alors avec le bistouri de petites ponctions sur le col, en enfonçant la pointe du bistouri perpendiculairement à la surface du col, jusqu'au parenchyme, sans essayer de pénétrer dans la couche musculaire ; une sensation de résistance vaincue, facile à percevoir, démontre qu'on a traversé toute la muqueuse, et comme c'est la muqueuse qui, à peu près seule, sera l'origine de l'écoulement sanguin qu'on veut provoquer, tandis que le parenchyme donnerait très peu de sang, il est inutile de faire des ponctions plus profondes. Ces

ponctions sont préférables, à notre avis, aux incisions radiées du col proposées par certains auteurs, les ponctions permettant beaucoup mieux de régler la quantité de sang qu'on veut obtenir. Ces ponctions sont faites, de préférence sur les ectropions, s'il y en a, et au niveau des petits kystes folliculaires du col, en cas de dégénérescence kystique plus ou moins prononcée. S'il n'existe pas d'ectropions, c'est au pourtour de l'orifice externe du col que les ponctions seront faites, en évitant, bien entendu, de ponctionner les veines variqueuses qu'on voit quelquefois ramper dans l'épaisseur de la muqueuse qui recouvre les lèvres du col. On fera dix à vingt, trente ponctions, suivant la quantité de sang qu'on veut obtenir et en tenant compte de la saignée produite par les premières ponctions. En général, une quantité de 30 à 60 grammes de sang est très suffisante pour amener la déplétion que l'on veut produire. A mesure que le sang s'écoule, on l'étanche avec de l'ouate hydrophile et quand on juge la saignée suffisante, si l'écoulement sanguin ne s'arrête pas spontanément, une légère compression du col, pendant quelques minutes, avec un petit tampon d'ouate, suffit à y mettre un terme dans la très grande majorité des cas. Sinon, il conviendrait de toucher le col avec de la ouate hydrophile imbibée de solution normale de perchlorure de fer. Exceptionnellement, si on avait ouvert par erreur une veine variqueuse, et si la compression, aidée de l'attouchement au perchlorure de fer, n'arrêtait pas l'hémorrhagie, on éteindrait, sur le point qui donne du sang, la pointe d'un thermo-cautère chauffé au rouge sombre. Nous n'avons jamais eu besoin de recourir à ce procédé d'hémostase que nous ne citons que parce qu'il est mentionné par quelques auteurs.

Un lavage antiseptique du col et du vagin termine cette petite intervention plus longue à décrire qu'à pratiquer. Pour terminer, il sera bon de placer un pansement osmotique et antiseptique (à la glycérine iodoformée, ou à la glycérine boriquée) afin de compléter l'action déplétive de la scarification, les indications des scarifications et des pansements osmotiques étant à peu près les mêmes, ainsi qu'on pourra s'en rendre compte en se reportant à notre précédent article (voir le n° d'avril 1895).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Séance du vendredi matin 19 *avril* 1895.

M. Laskine. — **Sur une anomalie du mécanisme de l'accouchement dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses.** — Femme à sa troisième grossesse. Présentation du siège. Bassin normal. Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. Travail : Présentation du siège décomplété, mode des fesses, en S. I. D. P. Le siège s'engage dans cette position. Le travail continuant, la présentation arrive dans l'excavation en sacro-sacrée ; arrivée au détroit inférieur, on se trouve avoir affaire à une S. I. G. A., et c'est la fesse gauche qui vient se dégager sous le pubis. Enfant vivant de 3,760 grammes. Cette observation semble intéressante à deux points de vue : 1° par l'impossibilité de la version par manœuvres externes ; 2° par l'anomalie de rotation du siège que l'auteur n'a trouvée telle nulle part. Fritsch cependant prétend que ce mouvement de rotation serait le plus fréquent.

M. Budin demande à M. Laskine si au moment de la sortie de l'enfant il n'a pas cherché à voir dans le cordon une cause d'empêchement à la version par manœuvres externes, ce qui arrive quelquefois, puis s'il a bien suivi le mouvement de rotation des épaules. M. Budin a vu un cas de ce genre, mais plus complet : l'enfant était, au début, en position sacro-iliaque droite postérieure, tourna de telle façon que son siège se plaça successivement en sacro-iliaque gauche postérieure puis en sacro-iliaque gauche transversale. Quand le tronc sortit, le mouvement de rotation continua, si bien qu'à l'extérieur le dos de l'enfant se tourna du côté droit et que ce fut l'épaule droite qui vint s'engager sous la symphyse pubienne. Il y avait eu ainsi une sorte de mouvement de tire-bouchon très étendu.

M. Laskine. — Il n'y avait rien d'anormal du côté du cordon. Quant aux épaules, elles sont restées du côté gauche et n'ont pas suivi le mouvement de rotation du siège. Il y a donc eu torsion du tronc sur lui-même.

M. Rivière (de Bordeaux). — **Sur un cas de siège décomplété, mode des fesses primitif.** — Il est admis que, le plus souvent, la présentation du siège décomplété, mode des fesses, est secondaire. Il est donc intéressant de saisir sur le fait, dans un œuf non à terme et intact, la présentation primitive. C'est ce que M. Rivière a été assez heureux de rencontrer dans un cas d'expulsion prématurée d'un œuf entier chez une femme atteinte d'intoxication saturnine : les membres inférieurs rigides étaient appliqués sur la face antérieure du corps, les orteils laissaient leur empreinte sur le front. Ces présentations primitives du siège décomplété, mode des fesses, ne sont donc pas niables. Rivière tire une autre déduction de ce fait : c'est que dans ce mode de présentation la méthode préconisée par M. Pinard et par M. Potocki, pour produire l'abaissement du pied par flexion de la jambe, n'aboutirait probablement à aucun résultat, étant donné la rigidité du membre et sa tendance à reprendre sa position première si on l'en écarte. Si ce procédé a sa raison d'être dans les cas de siège décomplété secondaire, et il a rendu un grand service à M. Rivière dans un cas de ce genre, il ne saurait en être de même dans les présentations primitives.

M. Fochier, contrairement à l'avis de M. Rivière, a réussi deux fois par ce procédé, dans des présentations nettement primitives.

M. Potocki rappelle que dans son mémoire sur ce sujet la plupart des observations avaient trait à des présentations primitives.

M. Budin croit qu'il faut établir des distinctions ; non seulement il y a des présentations du siège secondaires et des présentations du siège primitives, mais dans les présentations du siège primitives il faut distinguer les cas dans lesquels il y a une certaine quantité de liquide dans la cavité de l'œuf et ceux dans lesquels il y a très peu de liquide. Dans la thèse de M. Olivier, on trouve des exemples de ces deux dernières variétés de faits. Or, s'il y a présentation du siège primitive, avec présence d'une notable quantité de liquide de la cavité de l'œuf, la jambe est mobile sur la cuisse. Au contraire, dans les cas où il n'y a pas ou il y a très peu de liquide, la jambe demeure dans l'extension sur la cuisse, et comme il est très difficile de la fléchir après la naissance, à plus forte raison l'est-il de l'abaisser quand, pen-

dant le travail, l'utérus rétracté s'applique sur le fœtus. On échoue alors dans les tentatives d'abaissement prophylactique du pied, conseillé depuis longtemps par Ahlfeld, Mangiagalli, Spiegelberg, etc. Lui-même, en 1879, a échoué dans une tentative de ce genre.

M. Bonnaire, d'après ses recherches faites sur des fœtus à terme, a trouvé comme dimensions de 12 à 13 cent. Il ne lui semble pas possible, lorsque le siège est engagé, de faire basculer cette tige rigide mesurant 12 ou 13 cent. dans un anneau dont les dimensions sont inférieures. Il faut forcément, ou refouler le siège au-dessus du détroit supérieur, ou le faire descendre davantage.

M. Démelin a fait aussi des mensurations et a toujours trouvé la jambe plus grande que la cuisse.

M. Bue (de Lille). — **Note sur l'effacement du col.** — Certains auteurs admettent que le col s'efface dans les derniers temps de la grossesse; d'autres pensent que l'effacement n'a lieu qu'au moment de l'accouchement. M. Bué les met d'accord en donnant raison aux deux opinions, car toutes les deux sont exactes, cela dépend uniquement des femmes et des conditions physiologiques ou pathologiques de la grossesse (gémellité, hydramnios, etc.)

M. Stieber (de Toulouse). — **Glycosurie et grossesse.** — Accouchement à terme. Inertie utérine, forceps, suites de couches pathologiques : phlébite. Enfant vivant et bien portant de 3,500 grammes.

M. Rivière. — D'après l'observation, il semblerait que M. Stieber attribue à la glycosurie les accidents de l'accouchement et des suites de couches. M. Rivière a fait des recherches à ce sujet et il ne croit pas que la glycosurie puisse déterminer des phénomènes pathologiques pendant l'accouchement et le post-partum.

M. Porak dit qu'il faut se méfier sérieusement des examens d'urine faits à la hâte et des résultats donnés par les réactions ordinairement employées. D'après les recherches de Henriot, faites au point de vue de la glycosurie, il résulterait qu'il y a dans l'urine une substance qui donne à peu près toutes les réactions du sucre.

M. Fochier (de Lyon). — **Deux faits d'hydrocéphalie se présentant dans des conditions particulières.** — *Premier fait* : Femme amenée à 3 heures du matin à la clinique, tête très élevée, bassin normal. Rupture de la poche des eaux à 8 heures, tête descend sur le périnée, application de forceps et extraction de l'enfant, sur lequel on constate un énorme spina bifida crevé. On en fait la suture : le soir on trouve un enfant hydrocéphale. Que s'était-il passé ? C'est facile à saisir : hydrocéphalie méconnue, rupture du spina bifida sous l'influence de contractions énergiques, et écoulement du liquide céphalique, qui permet à la tête de descendre. On opère le spina bifida et le soir l'hydrocéphalie s'était reproduite. — *Deuxième fait* : Femme en travail, présentation du siège, nécessité de terminer l'accouchement. On trouve le fœtus à cheval sur son cordon extrêmement tendu (ce cordon ne mesurait que 20 cent.). Extraction de l'enfant, quoique le col ne soit pas complètement dilaté, le cordon est sectionné dans le vagin. Le tronc sorti, la tête ne descend pas. Sous l'influence de tractions énergiques, on entend un craquement et la tête descend. Après son extraction, on constate l'arrachement au niveau de la suture temporo-pariétale. L'hydrocéphalie ne fut reconnue qu'à l'autopsie. A propos d'hydrocéphalie et de spina bifida, l'auteur rapporte qu'il a opéré et guéri un cas de ce genre. Le spina bifida fut opéré ; l'hydrocéphalie guérit sous l'influence du traitement mercuriel ; l'enfant a survécu, mais est resté paralysé de la cuisse. C'est le seul cas de guérison que connaisse M. Fochier.

M. Tissier rapporte le cas d'un spina bifida opéré il y a deux ans par MM. Tarnier et Bar. Le spina bifida guérit, mais une hydrocéphalie énorme se développa à tel point que la tête atteignait 1 m. 50 de circonférence. Cet enfant est mort à deux ans. Broca a insisté sur ces faits d'hydrocéphalie consécutive à l'opération du spina bifida.

M. Guéniot pense que les enfants ainsi opérés meurent de méningite suppurée.

M. Stapfer (de Paris).— **Des applications de la kinésithérapie aux femmes enceintes et aux nourrices.** — Une observation de prolapsus gravide guéri par cette méthode, et six observations où des hémorrhagies survenant pendant la grossesse et la lactation furent ainsi arrêtées.

Séance du vendredi soir 19 *avril.*

M. Berlin (de Nice). — **Un cas de grossesse extra-utérine.** — Cette observation est surtout intéressante au point de vue des difficultés de diagnostic qu'elle a présentées. Les dernières règles dataient du milieu de février 1894. Tous les signes du début d'une grossesse. Vers fin mars, poussée de péritonite suivie de guérison. Pendant plusieurs mois la malade sent les mouvements actifs du fœtus. Ils cessent vers le mois de septembre, en même temps que le ventre diminue de volume. Vers le 10 décembre, terme normal de la grossesse, cette femme ressent de violentes douleurs. Pendant le mois de décembre, l'état général est mauvais. Les premiers jours de janvier, nouvelles poussées de péritonite, aucun indice d'accouchement probable. Appelé le 10 janvier, M. Berlin constate les signes de grossesse et trouve enclavée dans le petit bassin, une tumeur de consistance ligneuse, mate dans toute son étendue, bruit de souffle. Col difficilement accessible, non effacé, peu disposé à la dilatation, et par lequel s'écoule, depuis deux ou trois semaines, un liquide brunâtre, fétide. L'hystéromètre pénètre de 8 à 9 centimètres. La partie postérieure de l'utérus qui fait saillie à l'intérieur de la cavité en impose pour une partie fœtale. Le toucher rectal permet de sentir une tumeur dure qui refoule le col en avant. On porte le diagnostic de grossesse avec mort du fœtus, ou, peut-être, de grossesse extra-utérine. M. Auvard, consulté, pense que l'on doit d'abord essayer de provoquer l'accouchement. On essaie, en effet, mais sans succès, la cavité utérine est libre. M. Berlin fait alors la laparotomie, la femme étant dans la position de Trendelembourg, et a beaucoup de peine à découvrir le kyste fœtal, à cause des nombreuses adhérences intestinales et des fausses membranes dues à la péritonite. Ce n'est qu'après une demi-heure d'efforts qu'il arrive sur la tumeur. Par la ponction, on retire un liquide brunâtre non fétide. Après incision, le fœtus volumineux est extrait sans peine ; il est macéré, non putréfié et pèse 2,000 grammes. Le placenta était inséré à la paroi antéro-supérieure de la poche. Cette poche présente des adhérences considérables avec l'intestin et est très difficile à enlever. La femme meurt dans le collapsus 26 heures après l'opération. M. Berlin a vu dans cette observation un type typique des difficultés de diagnostic de la grossesse extra-utérine.

M. Gaulard. — Comme le placenta était inséré sur la paroi antéro-supérieure du kyste, M. Gaulard demande si, à un moment donné, on a perçu un bruit de souffle ?

M. Berlin. — Les confrères appelés et lui n'ont rien entendu. Il a constaté seulement un souffle aortique.

M. Gaulard, il y a deux ans, a parlé de l'importance qu'il attache à ce souffle. Il lui semble qu'il aurait hésité moins que M. Berlin à faire le diagnostic. Quant à l'écoulement fétide, il n'en est pas surpris beaucoup. Quand une femme fait un faux travail, la muqueuse qui s'élimine peut donner lieu à de la septicémie. Il en rapporte un exemple.

M. Fochier. — Pourquoi M. Berlin n'a-t-il pas fait l'élytrotomie au lieu de la laparotomie ? Pourquoi a-t-il fait la décortication au lieu d'une simple ouverture ?

M. Berlin n'a pas fait l'élytrotomie, parce qu'il était impossible de distinguer la tumeur de l'utérus. Quant à la décortication, c'était une manœuvre de nécessité, sans laquelle la poche ne pouvait être mise à découvert.

M. Rivière (de Bordeaux). — **Dystocie par tumeur fibreuse sacro-coccygienne.** — Les obstacles apportés à l'accouchement dans ces cas varient suivant plusieurs facteurs, le volume de la tumeur, sa nature solide ou liquide, son mode d'insertion sur le sacrum ; elle est pédiculée ou sessile, d'où des degrés dans sa mobilité. Un fœtus atteint de tumeur sacro-coccygienne peut être considéré comme ayant trois pôles, dont chacun peut se présenter à la filière pelvienne, le mécanisme de l'accouchement variera suivant le pôle qui se présentera. Il y aura donc pour ainsi dire trois accouchements successifs. La présentation du sommet est la plus favorable. Si c'est la tumeur qui s'engage la première, l'accouchement est encore possible. Mais si c'est le siège qui se présente, il faudra que la tumeur et le tronc s'engagent ensemble et on aura une dystocie des plus graves si le diagnostic n'est pas fait. Il n'en est pas de même lorsque le diagnostic a été établi, car alors on peut transformer la présentation du siège en présentation de la tumeur et l'accouchement devient possible. M. Rivière rapporte deux observations. — 1er *Cas*. Femme de 20 ans, avec un bassin rétréci. Présentation du siège complet. Pas de bruits du cœur. On essaie d'abaisser un pied, mais

inutilement. Le forceps appliqué sur le siège dérape. On a recours au broiement. Celui-ci effectué, la tumeur seule restant, l'expulsion devient facile. Le diagnostic de tumeur sacro-coccygienne n'avait pas été fait. — 2e *Cas*. Femme de 36 ans à sa douzième grossesse. Ventre très développé. Dilatation complète. Rupture des membranes qui donne issue à cinq litres de liquide. Présentation du siège, enfant mort depuis deux ou trois jours. Des tractions vigoureuses restent sans effet. On reconnait alors la présence d'une tumeur fœtale arrondie au-dessus du pubis. La malade est chloroformée et la main introduite dans l'utérus reconnait une tumeur sacro-coccygienne volumineuse. Avec deux doigts introduits dans cette masse, on l'engage, on l'amène dans le vagin et hors de la vulve. Le tronc est ensuite expulsé facilement. L'accouchement dans les cas de tumeur sacro-coccygienne est donc possible dans deux conditions : quand il y a présentation de la tête ou de la tumeur. De là dérive la conduite à tenir. Mais pour cela il faut faire le diagnostic et on ne peut le faire qu'en introduisant la main dans l'utérus. Il y a des cas ou des fœtus nés avec de semblables tumeurs ont survécu et ont pu être opérés plus tard.

M. Fochier pense que la manœuvre recommandée par M. Rivière n'est pas possible quand la tumeur est sessile. Dans un cas rapporté dans la thèse de son élève, M. Leclerc, il dut sectionner la tumeur au crochet et n'y parvint que très difficilement.

M. Rivière a eu surtout en vue les tumeurs pédiculées.

Séance du jeudi soir 25 *avril* 1895.

M. Prouvost (de Roubaix). — **Note sur les boiteuses au point de vue obstétrical.**

M. Queirel (de Marseille). — **Compte-rendu de la clinique obstétricale de Marseille.** — 800 femmes ont été soignées à la clinique : 386 primipares, 414 multipares. Il y a eu 22 avortements, 94 accouchements prématurés, dont un œuf expulsé en bloc au huitième mois, enfant de 1,250 grammes, qui a été placé dans une couveuse et va bien, 670 acccouchements à terme dont 14 gémellaires, trois fois chez des primipares. 8 décès ; 3 éclamptiques : 1 ictère grave ; une insertion vicieuse ; 2 femmes

chez lesquelles on avait fait la basiotripsie ; une rupture utérine. 2 basiotripsies, 1 symphyséotomie. Il y a eu 10 délivrances artificielles, 9 insertions vicieuses du placenta, 1 procidence du cordon, 2 procidences des membres, 6 bassins rétrécis dans lesquels l'accouchement a eu lieu spontanément 4 fois, une fois la version a été faite avec succès pour la mère et l'enfant. Dans le sixième cas, la symphyséotomie a été pratiquée ; le bassin mesurait 8 cent. 1/2.

M. Maygrier demande à M. Queirel s'il a fait le relevé des ophtalmies chez les nouveau-nés.

M. Queirel a eu 10 ophtalmies qui se sont bien terminées généralement. Il se sert du nitrate d'argent à 1 pour 200, de solutions au naptol et boriquées.

M. Gaulard voudrait savoir quelle valeur M. Queirel attribue à ce mot : délivrance artificielle dans l'avortement. Cela implique-t-il une règle de conduite spéciale ?

M. Queirel suit la conduite ordinaire. Il s'agissait dans ces cas de délivrance tardive.

M. Guéniot (de Paris). — **Ma pratique et ses résultats dans 60 cas de bassins rétrécis.** — Du 15 avril 1893 au 15 avril 1894, c'est-à-dire pendant une année complète, M. Guéniot a constaté 60 cas de bassins rétrécis, dans son service de la Maternité, sur 2,165 femmes accouchées : soit un rétrécissement pour 36 femmes. Dans presque tous les cas, il s'agissait de rachitiques : une fois de déformation ostéomalacique et une fois d'un bassin oblique-ovalaire. Parmi ces 60 femmes, 24 primipares, 14 secondipares, 22 multipares. L'auteur n'a pas eu recours à un seul genre d'opération quand il a fallu intervenir. Accouchement prématuré, symphyséotomie, basiotripsie, forceps, etc., ont été employés suivant qu'ils paraissaient plus spécialement indiqués ; quelquefois ils ont été employés simultanément pour se compléter l'une l'autre. Seule l'opération césarienne n'a pas été pratiquée, parce que dans aucun cas elle ne s'est trouvée indiquée. Dans ces 60 cas de rétrécissement du bassin, 25 *fois le travail et l'expulsion ont été spontanés*, 35 fois il a fallu intervenir de la façon suivante : 23 *accouchements provoqués*, toujours dans les trois dernières semaines, car à cette époque la vie de l'enfant n'est nullement compromise ; quant à la mère, on sait que cette opération

est pour elle inoffensive. Le procédé employé a été la sonde. Le ballon de Champetier a été employé une fois chez une primipare. Sur ces 23 accouchements provoqués, 14 fois l'accouchement s'est fait spontanément. Dans 3 cas il a fallu faire en outre la symphyséotomie, 4 fois on a eu recours au forceps et 2 fois à la version. Résultat : 22 enfants sont nés vivants et 20 ont quitté la Maternité en bon état. Parmi les 3 enfants qui ont succombé, la mort de l'un deux était due, d'après l'auteur, au tétanos utérin provoqué par la dilatation violente de l'utérus par l'écarteur.

4 *symphyséotomies* ont été pratiquées trois fois à la suite de l'accouchement provoqué, le 4e cas se rapporte à une femme à terme et en travail. 1er cas. Primipare à bassin de 87 millim. Accouchement provoqué à 8 mois 1/2, symphyséotomie ; écartement maximum de 5 cent. ; forceps. 2e cas. Bassin oblique-ovalaire. Diam. de 80 millim. Accouchement provoqué, symphyséotomie : écartement de 4 centim. Forceps, enfant vivant de 3,100 grammes. 3e cas. Femme enceinte de 8 mois 3/4. Accouchement provoqué, symphyséotomie, forceps, écartement maximum de 5 cent. 1/2. 4e cas. Femme qui avait subi l'opération césarienne 19 mois auparavant. 7e grossesse, bassin ostéomatolaque; diamètre de 82 millim. Symphyséotomie. Extraction d'un enfant de 3,550 grammes. L'écartement maximum avait été de 63 millim.— *Le forceps* a été employé dans 16 cas : 8 fois comme opération complémentaire, 8 fois primitivement. Deux cas de forceps ont été suivis de basiotripsie.— 4 *versions*. 2 par manœuvres externes, 2 par manœuvres internes dont 1 après des tentatives infructueuses de forceps. — 3 *basiotropsies* dont une chez une femme qui avait subi en ville de multiples interventions et qui a succombé. Enfin 8 présentations du siège.—*Résultats*. Sur 60 cas de bassins rétrécis, 25 accouchements ont eu lieu spontanément, il y a eu intervention dans 85 cas. 59 fois le résultat a été heureux pour la mère. 1 seule est morte à la suite de manœuvres pratiquées en ville. Pour les enfants, 51 sont nés vivants (7 sont morts pendant l'accouchement, 2 étaient macérés), 47 sont sortis vivants de la Maternité.

M. Gaulard voudrait savoir sur quels éléments se guide M. Guéniot pour provoquer l'accouchement chez les primipares et s'il fait une distinction entre ces dernières et les multipares, distinction établie par Stanesco dans sa thèse. Quand à lui il est très hési-

tant en présence des primipares. Il y a en effet trois éléments à considérer : un bassin plus ou moins rétréci, un enfant plus ou moins gros, une action utérine plus ou moins puissante. Or, ces deux derniers facteurs sont inconnus. Aussi le plus souvent laisse-t-il aller les primipares à terme et il est parfois très agréablement surpris de voir l'accouchement se terminer spontanément. Quand il provoque l'accouchement, ce n'est jamais avant 8 mois 8 1/2.

M. Guéniot ne fait pas de distinction et tient peu de compte de ces éléments auxquels M. Gaulard a fait allusion. Il a vu une femme qui avait déjà cinq fois spontanément et à terme, accouché très difficilement d'un sixième enfant. Il se guide surtout sur les dimensions du bassin, en particulier sur celles du diamètre antéro-postérieur. Deux facteurs seulement doivent être pris en considération : le degré de viciation du bassin et le volume de l'enfant.

M. Gaulard.— Quelle conduite M. Guéniot conseillerait-il aux praticiens en face d'un bassin rétréci ?

M. Guéniot. — Attendre huit mois et provoquer l'accouchement. La symphyséotomie, c'est très bien dans les cliniques, mais ses dangers sont trop démontrés pour qu'on puisse la conseiller dans la pratique courante.

M. Perret (de Paris).— L'avantage de l'application du forceps au détroit supérieur est actuellement assez contesté pour qu'on puisse se demander s'il faut renoncer définitivement à cette pratique ou bien la conserver et dans quelles conditions on la conservera le plus utilement. Or, l'étude des statistiques publiées à diverses époques, nous montre que l'application haute du forceps peut fournir des résultats très satisfaisants. Par exemple, on lit dans la thèse de Lepage, que sur 23 enfants extraits par une application au détroit supérieur, on eut 19 enfants vivants.

Dans une autre statistique, publiée par MM. Lepage et Varnier, sur huit enfants extraits dans les mêmes conditions, un seul succomba. D'autre part, en dépouillant les registres de la clinique d'accouchements, depuis le 1er novembre 1888, (date de l'arrivée du Pr Tarnier), jusqu'au 1er avril 1895, on trouve qu'il y eut 46 applications de forceps au détroit supérieur sans une seule mort maternelle, mais avec 15 morts d'enfants. De cet ensemble de faits il résulte donc qu'on peut légitimement recourir au forceps quand la tête est au détroit supérieur. Mais dans quels cas

pourra-t-on le plus avantageusement y avoir recours ? En divisant la statistique de la clinique en deux périodes, l'une s'étendant du 1er novembre 1888 au 1er janvier 1893, et l'autre allant du 1er janvier 1893 au 1er avril 1895, on remarque qu'il y a eu seulement 27 interventions dans les cinquante premiers mois, avec une mortalité infantile de 48 0/0, tandis que les vingt-sept derniers mois on a fait dix-neuf applications dites au détroit supérieur, avec deux décès, soit 10 %. Il est facile d'expliquer cette différence en notant que, dans la première période, quatre fois l'écart entre le conjugué rétréci et le diamètre bipariétal du fœtus excédait 1 cent. 5, que deux fois cet écart dépassait 8 millim., et que fréquemment, la disproportion entre le bassin de la mère et la tête fœtale était considérable. Au contraire, dans la deuxième période, il y eut une fois 12 millimètres de différence et l'enfant mourut ; mais dans tous les autres cas, la différence était inférieure à 5 millimètres. La conclusion s'impose : si l'on veut appliquer le forceps au détroit supérieur avec chances de succès, il faut réserver cette opération aux cas où la disproportion entre le bassin et le diamètre transversal de la tête fœtale n'excède pas 5 millimètres, sinon, mieux vaut s'abstenir et recourir à un autre procédé.

M. Bar. — Il est facile, après l'accouchement, d'établir le rapport entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin. Mais est-il possible d'apprécier, à quelques millimètres près, les dimensions transversales d'une tête au-dessus du détroit supérieur à travers une paroi abdominale plus ou moins épaisse, plus ou moins tendue, et quelles que soient l'inclinaison, la flexion, l'immobilité et la forme de cette tête?

M. Perret.— D'après les expériences consignées dans ma thèse, il résulte qu'on peut mesurer assez facilement le diamètre occipito-frontal à travers la paroi abdominale. De ce diamètre, il n'y a qu'à retrancher 25 à 27 millim. suivant l'âge de la grossesse et, on a exactement le diamètre bipariétal. Sur quatre-vingts femmes examinées à cet effet, neuf fois les mensurations étaient exactes ; trente fois il y a eu une différence de 1 millim. 96 en trop et quarante et une fois de 1 millim. 92 en moins ?

M. Budin. — Dans les faits intéressants que nous a communiqués M. Perret, il y a en réalité deux choses : sa communication proprement dite et sa réponse à M. Bar, sa communication n'étant

en réalité que la conséquence des faits et des mensurations qu'il nous a rapportés en dernier lieu. Mais la question n'est pas aussi simple qu'il paraît le croire et nous prendrons la liberté de lui faire quelques objections. M. Perret nous cite une statistique de M. Lepage ; puis une autre statistique de MM. Lepage et Varnier. Ces statistiques sont favorables aux applications du forceps faites d'avant en arrière au détroit supérieur. Il nous semble que d'autres chiffres ont été publiés depuis, en particulier dans le livre de MM. Ribemont et Lepage ; elles indiquent avec cette variété d'application une mortalité pour les enfants de 31 à 32 % ; elles sont donc, au contraire, très favorables. Ces derniers chiffres et non les premiers seuls cités par M. Perret permettent de comprendre pourquoi les auteurs qui avaient conseillé les applications du forceps au détroit supérieur y ont aujourd'hui presque complètement renoncé. En second lieu, il y a dans les statistiques données par M. Perret celles qui datent du 1er novembre 1888 au 1er janvier 1893 ; puis celles qui ont été faites du 1er janvier 1893 au 1er avril 1895. Or, les résultats fournis dans ces deux périodes sont absolument différents, il eût été intéressant de nous expliquer pourquoi. La discussion de ces faits aurait peut-être conduit à des conclusions importantes. En troisième lieu, M. Perret nous parle en bloc des applications du forceps au détroit supérieur. Mais de quelles applications du forceps s'agit-il ? Transversales, antéro-postérieures ou obliques ? Les résultats expérimentaux et cliniques sont différents dans chacune d'elles. Quelle était en outre la variété de rétrécissement du bassin, les dimensions et la situation exacte de la tête, etc. ? Enfin, en supposant qu'on pût, de la connaissance du diamètre occipito-frontal, déduire le diamètre bi-pariétal, on ne saurait en tirer des conclusions précises pour l'application du forceps puisque dans le bassin plat rachitique, la tête ne s'engage pas par son diamètre bi-pariétal, mais par le diamètre bitemporal ou un diamètre voisin. Il faudrait encore tenir compte de la malléabilité et de la réductibilité du crâne, de la puissance des contractions utérines, etc. Donc, bien que les observations fournies par M. Perret soient intéressantes, elles ne nous paraissent pas apporter la solution de la question.

M. Gaulard. — Le procédé analysé par M. Perret a été enseigné par Bourdin il y a quelques années ; mais à la fin il n'était pas

très enthousiaste de sa méthode. Comment M. Perret procède-t-il pour obtenir le diamètre occipito-frontal à travers la paroi abdominale ?

M. Perret. — Je prends la tête disposée transversalement au détroit supérieur et je mesure le diamètre maximum. Ce diamètre obtenu, je fais une déduction de 27 millim. à partir du septième mois de la grossesse. Ceci permet d'obtenir le diamètre bipariétal.

M. Fochier (Lyon). — **Modelage de la tête par l'arc antérieur dans les bassins rétrécis.** — La malléabilité de la tête dans les bassins rétrécis est parfois très grande, mais c'est une inconnue ; il faut la mettre en jeu pour savoir ce qu'elle donnera. Cette malléabilité fait gagner 1 cent. à 1 cent. 1/2 au moins. Elle est surtout appréciable sur le côté de la tête qui était en rapport avec le promontoire qui lui fait subir des déformations plus ou moins grandes. Mais l'arc antérieur du bassin fait aussi subir à la tête des déformations, seulement ce sont des déformations en masse, par conséquent moins appréciables quoiqu'elles puissent faire gagner aussi 1 cent. à 1 cent. 1/2. Le modelage que subit la tête fœtale de par le promontoire en arrière, de par l'arc antérieur en avant fait que M. Fochier repousse les applications de forceps antéro-postérieures qui empêchent ce modelage et en enlèvent tout le bénéfice. M. Fochier cite une observation où la malléabilité de la tête fœtale fut mise en jeu d'une façon spéciale par la déformation du bassin. Sur cette tête, le diamètre bipariétal, pris après l'accouchement, mesurait 6 cent. 1/2 ; le bipariétal antérieur 5 cent. L'enfant mourut 14 jours après. Conclusion : quand on intervient dans les positions obliques, il faut tenir compte du modelage que l'arc antérieur du bassin fait subir à la tête fœtale. Il faut repousser l'application antéro-postérieure de forceps et faire l'application oblique.

M. Budin. — L'autopsie de l'enfant a-t-elle été faite ?

M. Fochier. — Non.

M. Charpentier. — Les déformations de la tête varient avec les viciations.

M. Budin. — Il y a deux parties à considérer dans les bassins rétrécis : 1° la forme du bassin ; 2° la malléabilité de la tête, variable avec les fœtus. On doit tenir compte de la forme du détroit

supérieur et de celle de l'excavation. Vouloir s'en tenir exclusivement à l'étendue du diamètre promonto-pubien minimum, pour juger quelle conduite devra être tenue, c'est en effet s'exposer à bien des mécomptes. La tête passera en effet ou facilement ou difficilement, ou même ne passera point du tout, suivant que, avec un diamètre antéro-postérieur, on aura affaire soit à un bassin en cœur de carte à jouer, soit à un bassin plat, soit à un bassin généralement rétréci. Quant à la malléabilité du crâne, elle peut jouer aussi un rôle capital, ainsi que le montre l'observation si curieuse de M. Fochier. Je puis à ce propos, et comme preuve à l'appui, rappeler une observation que j'ai citée quelquefois et que je compte publier un jour dans ses détails. A la fin d'août 1881, une sage-femme du quartier des Gobelins m'appela auprès d'une de ses clientes qui n'accouchait pas. Malgré des contractions utérines puissantes, la partie fœtale restait bloquée au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, l'angle sacro-vertébral était accessible mais éloigné. Il y avait un rétrécissement du diamètre transverse du détroit supérieur, rétrécissement tel que plus tard la main placée elle-même transversalement ne pouvait franchir le détroit qu'à frottement. L'enfant ne put être extrait qu'après l'embryotomie. J'appris que, pendant son enfance, cette femme avait été à deux reprises soignée pour de la coxalgie, mais la consultation écrite par Marjolin rapportait qu'on avait trouvé de l'engorgement dans la fosse iliaque interne du côté gauche ; il y avait donc eu, en réalité, sacro-coxalgie, et, comme conséquence, une viciation pelvienne qui par sa forme rappelait le bassin dit de Robert. Cette femme étant devenue enceinte de nouveau, je priai M. Tarnier de l'examiner : il conclut qu'il fallait chez elle provoquer l'accouchement à sept mois et demi. L'enfant, qui se présentait par le siège, ne put être extrait qu'après la perforation de la tête dernière. Une troisième grossesse étant survenue, nous décidâmes encore avec M. Tarnier de provoquer l'accouchement à sept mois et quelques jours. Je ne réussis pas davantage. Aussi, pendant la quatrième grossesse, fut-il décidé avec M. Tarnier que, l'opération césarienne n'ayant pas été acceptée, je provoquerais l'avortement. Devenue enceinte une cinquième fois, cette personne fut confié au D[r] Maygrier qui, après examen, conclut comme M. Tarnier et comme moi-même à la nécessité de la provocation de l'avortement. Or, quelques

années plus tard, cette femme, ayant quitté son mari, devint de nouveau enceinte. Sa situation sociale étant changée, elle n'osa point venir me trouver. Prise subitement de douleurs, alors qu'elle était enceinte de sept mois à sept mois et demi, elle se fit transporter à la Maternité où, ayant eu des contractions très violentes, elle expulsa spontanément un enfant petit, mais viable. Elle sortit de l'hôpital le nourrissant elle-même, et, comme elle m'avait fait avertir de ce qui s'était passé, elle voulut bien amener l'enfant chez moi. Si j'avais été seul à examiner cette femme, on aurait pu croire à une erreur ; mais elle avait été vue aussi et par M. Tarnier et par M. Maygrier, et elle n'avait pu, dans deux accouchements prématurés provoqués, expulser spontanément le produit de conception. La malléabilité extrême de la tête et la puissance des contractions utérines avaient réussi à faire passer un enfant vivant. Quand, dans la dernière séance, M. Guéniot nous a dit que dans 60 cas de rétrécissement du bassin, il avait observé 23 fois l'accouchement spontané, mais que, ces faits ne lui paraissant pas intéressants, « il passait » et n'en parlerait pas, nous avons été plusieurs à murmurer : mais ce sont peut-être les plus instructifs. En effet, à la forme et au degré de rétrécissement du bassin, il faut ajouter, comme ayant une importance capitale, la puissance des contractions utérines et la malléabiité de la tête du fœtus. Or, M. Guéniot a ajouté que, sur 23 accouchements qu'il avait provoqués, 14 fois l'expulsion avait été spontanée : il avait eu et heureusement recours au procédé de la bougie qui, tout en excitant les contractions utérines, permet à la tête de venir s'appliquer sur le détroit supérieur, de se mouler sur ce détroit et de le franchir. Il a donc pu tirer de cette malléabilité tout le bénéfice qu'il a pu y recueillir.

M. Gaulard. — Si on échoue souvent dans l'application du forceps, c'est que l'on n'attend pas assez. A l'époque de Baudelocque et autres, les accouchements spontanés étaient beaucoup plus nombreux ; c'est qu'alors on laissait la tête se modeler.

M. Laskine (de Paris). — **Sur un cas de paralysie suite d'application du forceps sur un gros enfant.**— Application du forceps sur une primipare de 22 ans en travail depuis 54 heures. Déchirure du périnée. Extraction d'un enfant de 4,050 grammes. Paralysie faciale, traitée d'abord par les courants interrom-

pus. Guérison au bout de 2 mois. L'auteur se demande pourquoi l'enfant a été si longtemps à guérir. Faut-il invoquer la syphilis du père ou la compression par le forceps ?

M. Gaulard a vu un cas de paralysie qui a duré bien longtemps. Il s'agit d'un confrère d'une quarantaine d'années qui avait subi une application de forceps à sa naissance.

M. Démelin (de Paris). — **Deux cas de mort imprévue et rapide survenue quelques heures après l'accouchement.** — 1er Cas. Une femme à terme avec bassin rétréci de 8 centim. en travail. Emploi du ballon Champetier pour activer la dilatation. Symphyséotomie. Extraction d'un enfant vivant de 4,350 grammes. Délivrance artificielle. Pas d'hémorrhagie : Mort subite quatre heures après l'accouchement. Autopsie. Les organes ne sont pas décolorés, la femme n'est pas morte d'hémorrhagie. On voit que la face antérieure du ventricule droit est creusée d'un énorme sillon, l'organe paraît comme en antéflexion ; le ventricule droit est très mince ; le ventricule gauche est commme tétanisé ; les valvules sont saines. Cette femme est-elle morte d'hémorrhagie ? Le chloroforme doit-il être mis en cause ? Il n'y avait pas trace d'embolie. Il semble qu'il faille tenir grand compte de la déformation thoracique, de la déformation du cœur et de la tétanisation du ventricule gauche. — 2e Cas. Femme chez laquelle on fit une application de forceps. Extraction d'un enfant de 3,800 grammes. Petite perte de sang, environ 800 grammes. Délivrance artificielle. Mort quatre heures après l'accouchement sans que rien ait pu la faire prévoir. A l'autopsie on constate de la tuberculose phrénique et l'auteur attribue la mort par tétanisation du diaphragme.

(*A suivre*). (*Le Progrès méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*Séance du* 12 *mars* 1895.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBAIRE GÉMELLAIRE ; RÉTENTION PENDANT QUINZE ANNÉES D'UN FŒTUS MORT A TERME ; LAPAROTOMIE ; GUÉRISON.

M. Folet (de Lille) lit une observation de grossesse extra-utérine tubaire. Cette grossesse était gémellaire. L'un des fœtus

était mort à deux ou trois mois ; mais l'autre était parvenu à terme, fait extrêmement rare dans les grossesses tubaires (on n'en connaît que six ou sept observations). Pendant quinze années, le sac fœtal contenant ces deux fœtus resta dans le ventre sans produire aucun accident. Depuis un an, de petites poussées de péritonite ayant amené des douleurs assez vives, la femme entra dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, pour être débarrassée de sa tumeur. L'opération fut laborieuse à cause de nombreuses adhérences du sac fœtal à l'intestin. On put néanmoins l'extirper en presque totalité. Seul le fond du sac trop adhérent fut laissé en place et suturé en collerette à la partie inférieure de la plaie. Les suites furent idéalement simples et l'opérée guérit complètement en six semaines.

Le fœtus que M. Folet présente à l'Académie n'est pas un lithopédion. Ses tissus souples, non calcifiés, mais présentant une densification qui leur donne la consistance du lard cuit, ont conservé, sauf quelques modifications, leur structure reconnaissable à l'œil nu et au microscope ; ainsi qu'il résulte de préparations et de coupes faites sur la peau, le tissu conjonctif, les muscles, par M. le docteur Curtis, professeur agrégé d'anatomie pathologique à la Faculté de Lille. Des recherches complètes sur cette singulière dégénérescence seront poursuivies et publiées ultérieurement.

(*Gaz des Hôp.*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai 1895

LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

MM. Josué et Hermary. — Nous avons injecté à une parturiente ayant des phénomènes d'infection, cinq jours après l'accouchement, cinquante centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Roger et Charrin, en une journée et en deux fois. Le lendemain, nous avons injecté, en deux fois encore, trente-cinq centimètres cubes de ce même sérum. L'état général s'est de suite amélioré ; les phénomènes locaux n'ont cédé que moins vite. Onze jours après la dernière injection, la malade a commencé à se lever et aujourd'hui elle est définitivement guérie.

M. Jacquot (de Creil) présente l'observation d'une malade atteinte de septicémie puerpérale, chez laquelle une première in-

jection de 30 centimètres cubes du sérum de MM. Charrin et Roger a fait descendre, le jour de l'injection, la température de 40°8 à 37°.

La malade sembla guérie définitivement après trois injections de sérum, mais la fièvre reparut bientôt et ce retour paraissait dû à une contamination de la nouvelle accouchée par l'intermédiaire de sa mère, qui avait contracté un érysipèle de la face. Dès lors, une nouvelle injection fut faite, qui ramena la température de la malade au chiffre normal et fut suivie d'une convalescence définitive.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *avril* 1895.

DISCUSSION SUR LES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. Poirier a fait 35 hystérectomies vaginales, 26 pour inflammations utérines ou péri-utérines, 9 pour cancers. Dans un de ces derniers cas, un uretère a dû être lésé ; il y a eu, en effet, une fistule qui a disparu spontanément.

A défaut des faits cliniques, les connaissances anatomiques peuvent être utiles pour éviter de blesser les uretères au cours de l'hystérectomie. Ainsi que le rappelait M. Segond, l'uretère, entouré d'un riche plexus veineux, se trouve à 3 centimètres du col utérin. Aussi est-il indiqué de placer sa première pince aussi près que possible de l'utérus. Si on a soin de prendre cette précaution, on évitera de pincer l'uretère. Mais plus tard, alors que les veines sont déchirées, on a parfois une hémorragie qu'il faut arrêter et on place des pinces là où on voit sourdre le sang. C'est à ce moment que l'uretère peut se trouver saisi par une de ces pinces. On a d'autant plus de chances de le pincer dans ce temps de l'opération, que, situé au milieu de tissus enflammés, il peut se trouver plusieurs fois coudé sur lui-même et dilaté sur la base du ligament large. M. Poirier a souvent constaté ces dispositions anatomiques sur le cadavre.

M. Quénu ne comprend pas l'accusation portée par M. Segond contre le procédé de Doyen. Au contraire, ce procédé, ainsi que celui qu'emploie M. Quénu et qui consiste à sectionner l'utérus

sur la ligne médiane, mettent plus sûrement à l'abri des pincements aveugles.

M. Routier, dans un cas d'hystérectomie pour pyosalpinx double, a eu une fistule uretéro-vaginale, qui ne s'est produite que vingt jours après l'opération ; il a dû faire la néphrectomie. Dans tous les autres cas d'hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées, il a eu recours à un procédé analogue à ceux de MM. Doyen et Quénu et n'a jamais blessé d'uretère.

M. Bazy ne veut s'occuper que du traitement des fistules uretéro-vaginales. Lorsqu'elles ne guérissent pas spontanément ou après quelques cautérisations, une opération s'impose. Quelle voie doit-on préférer ? La voie vaginale ou la voie abdominale ?

La voie vaginale est la plus ancienne. Elle a donné naissance à de nombreux procédés. Quel que soit celui auquel on a recours, il ne suffit pas de fermer la fistule, il faut aussi assurer le fonctionnement intégral du rein, qui peut être compromis par l'existence d'un rétrécissement au niveau de la fistule. Il faut donc s'appliquer à supprimer le rétrécissement, à rétablir la continuité du canal. Pour cela il faut suturer muqueuse à muqueuse et obtenir une réunion par première intention

Or, cette indication peut être remplie quand on choisit la voie abdominale, soit qu'on emploie le procédé de Novaro, soit qu'on ait recours à celui de M. Bazy.

Le but du chirurgien ne doit pas être seulement de fermer la fistule, mais aussi de rétablir un canal permettant le bon fonctionnement du rein, sans quoi on s'expose à voir celui-ci s'atrophier ultérieurement. Or, quand on emploie la voie vaginale, on n'est jamais sûr d'éviter cet inconvénient.

Les seuls procédés par la voie vaginale qui n'exposent pas à ce rétrécissement sont le procédé de Mayo, et peut-être aussi celui de Penrose. M. Bazy, comparant ces procédés à l'uretéro cystonéostomie, telle qu'il l'a conseillé par la voie abdominale, s'applique à démontrer la supériorité de ce dernier. Il est d'abord incontestablement plus facile que les procédés vaginaux, ainsi que le déclare M. Tuffier lui-même. Par la laparotomie, même avec une petite incision, on manœuvre facilement et on voit très bien tout le temps de l'opération. La voie vaginale, au contraire, si on ne veut pas aller à l'aveugle, exige la possibilité du cathétérisme de l'uretère. Or, ce cathétérisme est souvent impossible.

Dans un de ses cas, M. Tuffler a essayé de faire l'uretéro-cystonéostomie par la voie abdominale et, n'ayant pu y parvenir, il a lié l'uretère ; huit jours après la fistule se reproduisait. Il a alors eu recours à la voie vaginale, peut-être plus pénible, mais plus inoffensive. M. Bazy croit pouvoir affirmer que, dans ce cas, la voie abdominale lui aurait suffi. En effet, de deux choses l'une : ou l'urine sortait par le trajet fistuleux primitif, ou bien elle sortait par un autre trajet venant du point lié. Dans la première hypothèse, il abouchait une portion d'uretère située au-dessous d'un rétrécissement, et il faisait une opération incomplètement efficace. Dans la deuxième hypothèse, il abouchait la portion d'uretère située au-dessus du point lié par lui dans son opération abdominale, et dès lors, puisqu'il a pu faire cet abouchement de l'uretère à la vessie, par la voie vaginale, il aurait pu, dans sa première opération, le faire par la voie abdominale.

Abordant ensuite la question de bénignité, M. Bazy se trouve grandement à l'aise, toutes les opérations d'uretéro-cystonéostomie abdominale qu'il connait ayant abouti à la guérison ; même dans les cas les plus défavorables, comme ceux de MM. Rouffart et Tuffier, les malades guérissent. Par conséquent, la preuve de la bénignité est faite.

Donc, bénignité aussi grande, efficacité et facilité beaucoup plus grande, il n'en faut pas davantage pour faire préférer l'uretéro cystonéostomie abdominale à l'uretéro-cystonéostomie vaginale.

Séance du 24 avril

DES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. Chaput. — Je ne désire faire que quelques remarques au sujet du mécanisme des fistules uretéro-vaginales ; ces fistules peuvent se produire dans trois circonstances : ou bien l'uretère est primitivement pincé ; ou il est complètement sectionné le jour de l'opération ; ou enfin il n'est atteint que plus tard par extension d'une eschare de voisinage. En ce qui conerne le pincement latéral, je crois qu'il n'est pas aussi fréquent qu'on l'a avancé, et pour la guérison spontanée des lésions de l'uretère en général, elle ne me paraît pas aussi simple à accepter qu'à décrire.

M. Tuffier conseille, dans sa communication, de chercher au fond du vagin les deux bouts de l'uretère sectionné et d'en prati-

quer la suture ; peut-être y arrivera-t-on quelquefois, mais il est à craindre que l'on échoue le plus souvent, tant à cause de la difficulté de découvrir le bout supérieur de l'uretère plus ou moins rétracté, que de l'impossibilité de suturer muqueuse à muqueuse.

Ce sont les principales raisons qui me font considérer l'opération par la voie vaginale comme une opération d'exception. A mon avis, c'est par la laparotomie que l'on doit agir en s'efforçant d'aboucher l'uretère à la vessie, ce qui est un procédé excellent. Mais ce procédé n'est pas toujours réalisable et, plutôt que d'aboucher l'uretère à la peau, ou de faire la ligature du canal ou la néphrectomie, je crois qu'il vaut mieux faire l'abouchement dans l'intestin.

DE LA CHOLÉDOCOTOMIE SANS SUTURE

M. Quénu. — Il y a quelques années le bistouri respectait encore le canal cholédoque et jusqu'à ces derniers temps on ne pouvait citer que sept interventions faites sur ce canal. Il semblerait que l'on doive en conclure que les occasions d'intervenir sont rares ; elles l'ont été, il est vrai, mais elles devront l'être moins à l'avenir, lorsqu'on sera bien persuadé que les obstructions du cholédoque sont assez fréquentes.

Mais ce qu'il faut d'abord déterminer, c'est cette obstruction, dont le diagnostic est souvent rendu fort difficile par l'absence de signes de certitude : aussi, comme le pronostic de l'obstruction calculeuse est empreint de gravité, j'estime que, même dans le cas de doute, il n'y a pas à temporiser. Quand un malade a de l'ictère chronique, après des crises de colique hépatique, il faut procéder à l'exploration du cholédoque.

C'est en pareille circonstance que j'ai fait trois fois la laparotomie. Dans un premier cas j'ai trouvé une cirrhose du foie ; dans un deuxième cas un cancer du pancréas et dans un troisième un calcul du cholédoque. Les trois malades ont guéri de l'opération ; chez les deux premiers la maladie a ultérieurement suivi son cours ordinaire ; chez le troisième la guérison a été complète.

L'exploration du canal cholédoque pour laquelle, d'après mes recherches anatonomiques, il me parait préférable de recourir à la laparotomie médiane plutôt qu'à l'incision latérale, présente plus ou moins de difficultés, suivant que le canal est à sa place,

libre de toute adhérence ou, au contraire, englobé par des tissus inflammatoires d'épaisssseur variable, et suivant que le calcul est situé dans sa portion superficielle, sus-duodénale, ou dans sa portion profonde, rétroduodénale.

Lorsqu'on a reconnu la présence d'un calcul on a conseillé différentes interventions : tenter de refouler le calcul dans la vésicule biliaire ; le broyer ; faire une entérostomie biliaire ou une cholédocotomie avec extraction du corps étranger. De ces diverses méthodes, la dernière, qui a donné de bons résultats, me paraît l'opération de choix. Si le canal est facilement accessible on l'incise, on retire le calcul et on termine par la suture du cholédoque ; si, au contraire, il est très profondément situé, on néglige le dernier temps de l'opération, ainsi que plusieurs chirurgiens l'on fait, ce qui n'a pas empêché leurs malades de guérir définitivement. J'en ai eu moi-même un exemple sur une femme dont le calcul était profondément enclavé ; le cholédoque était trop profondément pour songer à le suturer ; j'ai fait l'extraction du calcul et j'ai tamponné la plaie avec de la gaze iodoformée ; ma malade a guéri sans incidents.

En résumé, de ces considérations je tirerai les conclusions suivantes :

1° Dans toute rétention biliaire chronique la laparotomie est indiquée.

2° Le calcul reconnu, l'extraction par la cholédocotomie est la méthode de choix. Elle sera faite en un temps ou en deux temps, suivant les cas, et on pratiquera, on non, la suture de la plaie du cholédoque, selon que le canal sera facilement ou difficilement accessible.

SUR UN PROCÉDÉ DÉFINITIF D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR FIBROMES UTÉRINS.

M. Richelot. — Les perfectionnements apportés au traitement du pédicule, dans l'hystérectomie, ne donnent pas encore la solution définitive du problème ; je l'ai reconnu au Congrès de chirurgie, en disant que l'avenir appartenait sans doute à l'hystérectomie abdominale totale. Le meilleur moyen de supprimer les inconvénients du pédicule, c'est de supprimer le pédicule lui-

même. Seulement, nous n'avons pas jusqu'ici un procédé courant, une manœuvre simple, sans attirail instrumental.

Or, je suis arrivé, après quelques tâtonnements, à cette manœuvre simple, et je m'en tiendrai là, tant qu'on ne m'annoncera pas un nouveau progrès, sérieux et authentique.

Le procédé que je vais décrire se résume en deux mots ; abandon complet des ligatures et des sutures, pinces à demeure comme dans l'hystérectomie vaginale. Quelques auteurs ont déjà essayé de marcher dans cette voie, mais n'ont pas encore touché le but.

Voici l'opération :

Il faut très peu d'instruments ; le principal est la grande « pince de Richelot » dont je ne me sers jamais dans l'hystérectomie vaginale, mais qui offre ici de sérieux avantages. Il est de rigueur de se placer entre les jambes. La désinfection vaginale doit être absolue.

L'incision abdominale étant faite, l'utérus est attiré hors de la plaie, couché sur l'abdomen. Si le fibrome est développé dans le segment inférieur, ou s'y prolonge et remplit l'excavation, il faut d'abord énucléer la tumeur, en bloc ou par morcellement. L'utérus flasque et aminci vous laisse toute liberté pour agir sur ses parties latérales.

Taillez un lambeau péritonéal antérieur et refoulez-le dans le petit bassin, pour éloigner la vessie et l'uretère.

L'index et le médius de la main gauche introduite profondément dans le vagin, en avant du col, rasez l'utérus avec les ciseaux à la rencontre de vos doigts et perforez le cul-de-sac antérieur. Mettez l'index par en haut dans la perforation, et sur ce conducteur coupez avec les ciseaux l'insertion du vagin au ras du col jusqu'à la base d'un ligament large. Rien ne saigne, pas plus que ne saigne l'incision circulaire au début de l'hystérectomie vaginale.

C'est le moment de placer la grande pince, pendant que l'utérus est encore là et vous présente le ligament dans son attitude normale. Cette manière de faire est la plus simple et de beaucoup la plus sûre. Inutile, par conséquent, d'appliquer des pinces abdominales provisoires pour y substituer les vaginales définitives.

Procédez de la manière suivante : embrassez le ligament large avec toute la main gauche, le pouce en avant, les doigts en ar-

rière ; appuyez la pointe mousse des ciseaux dans le point où vous venez d'arrêtez la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine, et perforez le feuillet postérieur du ligament. Puis introduisez de la main droite la pince vaginale, présentez son mors postérieur au susdit orifice, et poussez-la de bas en haut, en dehors de la trompe et de l'ovaire, bien entendu, pendant que votre aide laisse descendre un peu l'utérus et que vous engagez à fond le bord supérieur du ligament large, avant de serrer fortement. Cette application de la pince est d'une facilité extrême, inattendue.

Reprenez, de l'autre côté, la désinsertion du vagin et pincez le second ligament de la même façon.

Coupez rapidement sur les bords de l'utérus, et la masse ne tient plus que par le cul-de-sac postérieur. Tout est fini en deux ou trois coups de ciseaux.

La tumeur enlevée, il faut reprendre, avec des « longuettes de seize » introduites par en bas, les points saignants de la section postérieure. Puis une lanière de gaze iodoformée, introduite par en haut, est pelotonée dans le fond du vagin, et l'opération est terminée. Avec les pinces des ligaments, l'hémostase complémentaire, l'absence de toute ligature et la brèche du péritoine occupée par le gaze, on a la copie identique d'une hystérectomie vaginale.

Les trois opérations que j'ai faites par ce procédé m'ont demandé trois quarts d'heure, trente-cinq minutes et une demi-heure. Je parle de la durée vraie, totale, y compris la suture de l'abdomen

Mes trois malades ont guéri ; ce n'est pas une statistique, mais c'est une expérience suffisante, après les tâtonnements antérieurs pour fixer ma pratique. Tout ce qui était progrès il y a quelques semaines disparait devant la simplicité de l'hystérectomie avec la pince vaginale d'emblée et la suppression totale du lien élastique, des ligatures variées et de l'occlusion du péritoine.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

EMPLOI DE L'ICHTHYOL DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

M. Lohnstein résume ainsi les indications relatives à l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des affections des organes génito-urinaires :

1° L'ichthyol doit être employé surtout dans les cas d'urétrite aiguë avec grande sensibilité de la muqueuse, sous forme de grands lavages faits avec une solution chaude, contenant de 0,5 à 2 0/0 de substance médicamenteuse ;

2° Dans les cas d'urétrite antérieure subaiguë, lorsqu'il existe une affection locale circonscrite, l'ichthyol donnera des résultats particulièrement avantageux, en applications topiques sur le siège du mal dans l'endoscope ;

3° Dans les formes infiltrées de l'urétrite chronique, l'emploi de l'ichthyol ne peut donner de bons résultats que lorsqu'on l'associe au traitement mécanique ;

4° Dans les cas de prostatite, l'ichthyol en suppositoires (0,3 à 0,5 *pro dosi*), calme le plus souvent les manifestations inflammatoires ;

5° Dans les cas de pyélite et de néphrite, l'ichthyol ne produit pas d'effets curatifs. (*Le Mois médical.*)

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME,

par le Dr Doléris.

Dans une étude publiée sur ce sujet, M. Doléris pense que ce traitement doit varier, comme les formes de l'infection qu'il est appelé à combattre.

Lorsque le praticien se trouve en présence d'une ***infection diffuse***, qui a gagné les annexes, que le corps de l'utérus est atteint, ce qu'indiquent l'augmentation de volume, l'hémorrhagie et la douleur, c'est au repos, avec fréquents lavages vaginaux au sublimé qu'il devra avoir recours ; les tampons vaginaux de glycérine associée à des antiseptiques et des narcotiques ; si la douleur l'exige, les révulsifs sur l'abdomen, les émollients et les balsamiques, s'il y a uréthrite, rendront

les plus grands services. C'est le traitement de la blennorrhagie *aiguë*, dans laquelle l'état des épithéliums et du derme muqueux s'opposent à toute action énergique.

Dans les cas *subaigus* ou *chroniques,* le col devient l'habitat de choix du gonocoque. Après avoir été sa première conquête, il devient son dernier abri. Cette localisation va guider le traitement. Il faudra chercher à détruire tous les gonocoques par des moyens appropriés : permanganate de potasse, chlorure de zinc, créosote, etc. En outre, le chirurgien devra soutenir de son mieux la béance du col, afin que les culs-de-sacs glandulaires, dernières retraites de l'ennemi, soient facilement atteints par les substances microbicides employées. (*Nouv. Arch. d'Obst. et gyn.*)

CANCER DE LA MUQUEUSE DU CORPS UTÉRIN.

M. Demons, à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux* (séance du 13 novembre 1894) présente un utérus cancéreux qu'il a enlevé par l'hystérectomie vaginale. Le diagnostic avait été fait en se basant sur les pertes muco-purulentes et les hémorhagies apparues cinq ans après la ménopause, et malgré l'absence de toute douleur. L'examen anatomique de la pièce a montré à M. Coyne que le corps de l'utérus était rempli de végétations volumineuses, formées d'un stroma conjonctif et d'un épithélium cylindrique, le tout recouvrant une zone criblée de cavités creusées dans le tissu musculaire et tapissées d'épithélium cylindrique disposé en circonvolutions. M. Demons insiste sur l'absence de toute douleur.

Dans la discussion qui s'ensuit, M. Coyne fait ressortir la nécessité du curettage explorateur, à condition que l'on ramène un fragment de muqueuse suffisamment volumineux. A ce propos, M. Chaleix fait remarquer que l'on trouve souvent chez les vieilles femmes une forme d'endométrite atrophiante, dans laquelle la muqueuse, très amincie et entièrement transformée en tissu fibreux, ne donne aucune prise à la curette ; l'instrument glisse sur une surface absolument lisse. M. Lafont apporte une observation du même genre : chez une femme atteinte de métrorrhargies, le curettago ne ramena rien.

(*Rev. de thér.*).

SYMPYSÉOTOMIE.

M. Auvard publie l'observation détaillée d'un cas où il a pratiqué

la symphyséotomie à l'hôpital Saint-Louis. L'observation a été recueillie par M. Perrin. Femme rachitique, 26 ans, quatrième grossesse ; la première grossesse s'est terminée par une embryotomie, la seconde et la troisième par un accouchement provoqué avec enfants actuellement vivants. Actuellement elle est à terme.

Les déformations du squelette sont peu prononcées et consistent dans une légère ensellure lombaire, un peu de voussure de la cage thoracique et de l'incurvation des tibias. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 93 millimètres, sans déduction : les autres diamètres n'ont pas été mesurés. Le col est entièrement ouvert, les membranes rompues, la tête mobile au-dessus du détroit supérieur en OIG transverse. Quand la dilatation du col est complète on introduit un ballon de Champetier dans l'œuf le long de la paroi postérieure ; il est expulsé presque immédiatement.

Anesthésie chloroformique. Application du forceps selon le diamètre sagittal. Traction pendant dix minutes sans résultat. M. Auvard pratique alors la symphyséotomie. Incision de 7 centimètres sur la médiane, déviant à gauche vers la vulve pour éviter le clitoris : hémorrhagie assez abondante qui augmente pendant le décollement des parties molles. Section de la symphyse de haut en bas et d'arrière en avant avec un bistouri boutonné introduit sur le doigt : le ligament sous-pubien est sectionné. Les cuisses sont fléchies sur le bassin et portées en abduction modérée ; l'écartement des pubis n'a pas été mesuré. Extraction sans difficulté.

Pas de suture osseuse ; suture des parties molles avec six points de crin de Florence. Pansement iodoformé ; une simple bande de flanelle très serrée maintient les trochanters. Le quatrième et le cinquième jour la température a monté à 38°2. Une goutte de pus s'est formée au niveau d'un des crins de Florence. Nouvelle poussée thermique aux huitième et neuvième jours. Les fils sont enlevés au onzième jour. La réunion de la plaie est complète. La malade se lève au vingt et unième jour ; un peu de douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche pendant les mouvements. L'enfant se porte bien.

(*Arch. de tocologie et de gynéc.*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

40. — Traitement de l'oblitération du col de l'utérus au moment de l'accouchement. — Le col de l'utérus, tout comme les autres parties des organes génitaux de la mère, peut être le point de départ d'obstacles à l'accouchement; il y a une dystocie cervicale tout comme il y a une distocie pelvienne. Une cause très rare de dystocie cervicale est l'oblitération complète de l'orifice utérin. M. Eustache (de Lille), à l'occasion d'un fait de ce genre, qu'il a observé récemment, étudie cette complication curieuse de la grossesse (*Journ. des sciences méd. de Lille,* mars 1895).

L'oblitération peut siéger à l'orifice interne ou à l'orifice externe. Cette dernière est de beaucoup la plus fréquente. On peut, dans un certain nombre de cas, la rapporter à l'existence antérieure d'une sténose du col résultant d'une métrite ou d'une dysménorrhée obstructive, sténose aboutissant peu à peu à la disparition de l'orifice. On peut l'expliquer aussi par la présence d'ulcérations qui, en se cicatrisant, amènent l'oblitération. Dans beaucoup de cas, cette pathogénie ne peut être invoquée. On a dit alors que l'oblitération résulte de l'organisation du bouchon plastique qui se trouve dans le canal cervical pendant la grossesse. D'autres auteurs prétendent qu'elle provient de la formation d'une sorte de membrane caduque venant s'interposer entre les lèvres du col; d'autres enfin invoquent la vitalité et la circulation plus intense de l'utérus gravide, qui le prédisposent à réaliser des conditions morbides qui aboutissent à cette oblitération. En somme, les causes de ce processus adhésif sont mal connues.

C'est seulement au moment du travail que l'on constate le plus souvent cette lésion. La partie fœtale engagée distend le col qui forme ainsi une tumeur lisse et arrondie, plus ou moins saillante, et que le doigt explore sur toute la surface sans rencontrer ni orifice, ni bourrelet rappelant l'état normal. Si l'on n'a pas suivi attentivement la marche du travail, il peut arriver que la distension et l'amincissement du col soient tels, que l'on sente sutures et fontanelles et que l'on

croie à une dilatation complète, erreur fatale qui a été commise parfois et qui a entraîné l'application du forceps sur la matrice elle-même et l'arrachement de cet organe. L'on pourra le plus souvent reconnaître la place qu'occupait primitivement l'orifice, soit à un léger bourrelet, soit à un amincissement d'un point de la tumeur.

C'est en ce point qu'il faudra faire porter l'intervention. Cette intervention peut ne pas être immédiate, car il a pu arriver bien souvent que la membrane obturatrice cédât à l'effort des contractions utérines. L'état du fœtus et de la mère, la durée du travail donneront des indications à ce point de vue.

L'on peut essayer d'ouvrir la membrane avec l'ongle, au moment des contractions, lorsqu'elle est fortement tendue. Puis on agrandit avec le doigt l'ouverture en lacérant plus ou moins ses bords ; dès lors la dilatation progresse régulièrement et l'accouchement se termine. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas de M. Eustache.

Si le doigt et l'ongle ne peuvent amener la création d'un orifice, on peut essayer avec la sonde cannelée en éraillant peu à peu la muqueuse et les fibres musculaires. Dans le cas de non réussite, l'on aura recours au bistouri, que l'on maniera naturellement avec la plus grande prudence.



41. — Traitement de la constipation des nourrissons d'après M. Marfan. — La constipation liée à l'alimentation, mais indépendante de troubles digestifs, doit être traitée par la modification du régime. Ce genre de constipation peut se rencontrer chez des enfants allaités au sein par des nourrices ayant un lait *riche en caséine, mais pauvre en lactose*. Dans ce cas, la constipation cesse si l'on donne, avant la tetée, un peu d'eau tiède fortement sucrée. Chez les enfants nourris de lait de vache il faut, surtout dans les premiers mois, couper le lait avec de l'eau sucrée à 4 ou 5 pour cent, suivant les proportions connues. Si le coupage diminue trop le chiffre de la graisse, on peut ajouter au lait une certaine quantité de crême. Mais, en général, un coupage à l'eau sucrée ou l'addition du sucre au lait pur ont paru suffire à M. Marfan pour réduire au minimum la constipation alimentaire.

Si l'on ne supprime pas celle-ci complètement, on la transforme en une constipation légère dont les lavements triomphent facilement

et qui devient ainsi exempte de tous accidents. Si, quand l'époque est arrivée de donner au nourrisson ses premières bouillies, cet enfant reprend de la tendance à être constipé, on choisit préférablement, pour la confection de ces potages, le gruau d'avoine et l'on supprime le jaune d'œuf qui favorise la constipation.

Quant à la *constipation habituelle congénitale*, il n'y a qu'une catégorie de moyens pour luttter contre elle, jusqu'à l'âge où elle s'atténue et disparaît habituellement ; ce sont les moyens eccoprotiques : lavements, suppositoires, laxatifs, purgatifs, massage, électricité.

Contrairement à ce que font beaucoup d'auteurs, M. Marfan place les lavements au premier rang de tous ces moyens et nous avons beaucoup de raisons pour partager son avis. Pour les formes légères, le lavement avec la grosse poire en caoutchouc ou avec l'irrigateur ordinaire peut suffire. Mais lorsqu'on a affaire à des constipations tenaces, il faut pratiquer une sorte d'entéroclyse pour faire le lavage de l'intestin. Cette opération nécessite l'introduction rectale d'une sonde molle assez longue. L'eau bouillie tiède suffit aux formes légères ; aux formes graves, il convient d'opposer l'eau légèrement salée ou glycérinée. Le lavement huileux (2 cuillerées à soupe d'huile émulsionnée avec un jaune d'œuf, dans 250 à 300 gr. d'eau) est tout particulièrement recommandable. Le miel de mercuriale assure l'action des lavements simples. Il ne faut pas craindre de répéter les lavements deux et trois fois par jour, si nécessité il y a. Cette répétition n'a pas d'inconvénients. Souvent les suppositoires pourront remplacer les lavements. Bohn conseille contre la constipation habituelle des nourrissons les lavements froids, deux à cinq par jour et une ou deux cuillerées à café d'huile de morue.

(*Journ. d'Acc.*) N. DROIXHE.



42. — Traitement de l'infection puerpérale par les injections intraveineuses de sublimé. T. DE KESMARKY (*Cent. für Gynæk*, septembre 1894) a traité une première malade par les injections sous-cutanées de sublimé à la dose de 1 centigramme par jour pendant vingt-six jours : la malade mourut en quarante-quatre jours d'un abcès métastatique gangréneux du poumon avec ouverture dans la plèvre. Dans deux autres cas d'infection puerpérale l'auteur eut recours au traitement de Bacelli : il injecta dans les veines 1 mil-

ligramme de sublimé, en allant progressivement jusqu'à 5 milligrammes par jour. La première malade reçut ainsi 37 milligrammes en dix injections, la seconde 31 milligrammes en huit injections. La température s'abaissa progressivement dès le début du traitement, et les deux jeunes femmes guérirent : dès le deuxième ou le troisième jour, il y eut un relèvement manifeste de l'état général : le traitement est sans aucun danger et peut donc être expérimenté sans crainte.

(*Revue de thér. méd. chir.*)



43. — Indication du morcellement dans le cancer utérin (Duret, de Lille). — Nous réduisons à quatre les circonstances principales, dans lesquelles le cancer, étant d'autre part opérable, le morcellement utérin est *la seule opération exécutable :*

1° Fragilité extrême du col, dans les cancers térébrants, ne permettant pas la préhension ; — 2° Volume énorme du champignon dans les cancers végétants, ne permettant pas, à cause de l'étroitesse du vagin ou de la saillie du pubis, d'aborder les culs-de-sac vaginaux ; — 3° Volume excessif de l'utérus soit par hypertrophie, soit par coexistence des corps fibreux, l'abaissement étant impossible ; — 4° Adhérences pelviennes résistantes dans les annexes ou le cul-de-sac de Douglas, immobilisant, malgré les tractions, l'utérus dans une situation élevée.

Quant aux modes opératoires du morcellement pour utérus cancéreux, nous les résumons ainsi :

1° *Morcellement incomplet, et ablation en une seule pièce du fond du corps utérin (calotte) et des annexes.*

On divise le col et la tumeur selon le plan vertical et médian, dans l'étendue de quelques centimètres ; puis on morcelle par blocs successifs à droite et à gauche de la section, la plupart du temps alternativement. On prolonge chaque fois la section d'un ou deux centimètres autant qu'il est nécessaire. Si l'on rencontre l'artère utérine, on la saisit dans des pinces hémostatiques. Souvent, quand on approche du fond de l'utérus, au niveau de son tiers supérieur, on reconnaît que celui-ci est susceptible d'être abaissé, et même de subir le basculement, en avant ou en arrière. Alors on termine comme dans une hystérectomie ordinaire, en faisant la ligature des ligaments lar-

ges par leur partie supérieure. Parfois on peut extraire du même coup les annexes et lier en dehors.

2° *Morcellement complet par section médiane antéropostérieure* du col et du corps dans toute sa hauteur, de manière à enlever *successivement* chacune des deux moitiés, avec l'annexe correspondante.

Nous préférons la section verticale antéro-postérieure, à la section transversale, parce que cette dernière risque de rencontrer l'artère utérine dès les premiers coups de bistouri. Alors l'hémostase serait encore difficile, la voie n'étant pas assez large. Au contraire, lorsqu'on enlève un bloc transversalement, sur la coupe l'artère apparaît nettement. Par un tampon porté sur une pince longuette, on arrête le jet ; puis, sans précipitation, on pose une pince hémostatique à hystérectomie.

Il vaut mieux, en général, enlever alternativement, à droite et à gauche, un morceau de la tumeur ou de l'utérus cancéreux ; on a ainsi plus de jour. On prolonge au fur et à mesure la section verticale. Lorsqu'on atteint le dernier tiers du corps utérin, on achève la section d'un coup ; et on peut, dès lors, abaisser et basculer aisément chacune des deux moitiés.

On a objecté à l'hystérectomie par morcellement, dans le cas de cancer, de favoriser l'infection. C'est là une accusation gratuite : car on peut n'ouvrir qu'en dernier lieu les culs-de-sac péritonéaux, et procéder à des lavages antérieurs. Au moment où on pénètre dans la séreuse, il ne reste plus que le fond du corps utérin, qui généralement n'a pas été envahi par la dégénérescence cancéreuse.

En résumé : *l'hystérectomie par morcellement, dans les cancers utérins, ouvre une très large voie, et permet une ablation complète de l'appareil ligamenteux et des annexes. — Elle présente les indications particulières que nous avons signalées, et mérite d'occuper une place spéciale dans le traitement opératoire des cancers utérins.*

***

44. — Sur le traitement des maladies des femmes par l'eau. (*Frauenarzt*, février 1895.) — Voici les indications principales que donne Jacobs dans son travail :

Tamponnement du vagin par de la glace. — C'est un moyen hémostatique excellent contre l'hémorrhagie survenant dans les opérations pratiquées sur le col de l'utérus, la vessie et l'intestin ; mais ce

moyen ne peut être employé qu'une fois à cause des douleurs qu'il provoque.

La vessie de glace. — La glace pilée mise dans un sac de caoutchouc et placée sur le ventre diminue les douleurs du bassin ; on peut en même temps administrer des injections vaginales chaudes dont l'action spéciale est renforcée par la glace.

Des bains chauds. — On peut donner des bains chauds dont la température varie de 31° à 35° dans les cas d'ischémie des organes internes, mais l'on doit s'assurer si le cœur et les vaisseaux ne sont pas malades ; dans ce dernier cas, les bains sont contre-indiqués. Pendant que la malade est au bain, on enveloppe la tête dans une serviette mouillée, le pouls doit être surveillé de près. Le bain doit être court, sa durée ne doit pas dépasser cinq minutes. Dès que le moindre signe de syncope se produit il faut enlever immédiatement la malade du bain et la placer sur un lit préalablement chauffé. Les bains chauds ne peuvent pas être employés souvent en pratique grâce à l'exiguïté des appartements d'une part et au danger qu'ils présentent pour les personnes sujettes facilement à la syncope, au collapsus, etc.

Traitement par l'eau à proprement parler. — On peut avoir recours à ce moyen de deux façons : soit en administrant des douches abdominales, soit en pratiquant l'enveloppement dans des draps mouillés. La température et la durée varient suivant les cas. Comme saison, les meilleures sont : le printemps et le commencement de l'automne. Ce traitement doit être employé dans les cas suivants : métrorrhagie, provenant de l'obésité ; métrorrhagies sans dégénérescence maligne, pléthore abdominale ; constipation, etc. Ce traitement ne doit jamais être mis en pratique chez les malades qui avaient été atteintes à un moment donné de maladies inflammatoires de l'abdomen.

***

45. — Prurit vulvaire.

Sulfophénate de soude............	5 à 10 parties.
Vaseline..........................	āā 47,5 à 45 parties.
Lanoline..........................	

(Spiegler.)

***

46. — Assa fœtida en obstétrique. (Warmann.) — Très utile dans l'imminence d'avortement, sans danger pour l'organisme général, mais sans être prophylactique de l'avortement, pendant la grossesse. Ce dernier état est heureusement traité par l'assa fœtida dans divers symptômes nerveux (cardialgie, vomissements, entéralgie, etc.). Employer la formule de Turassa :

Gomme résine d'assa-fœtida....... 6 grammes.

F. S. A. 60 pilules. De 2 à 10 par jour, en diminuant progressivement jusqu'à 2.

***

47. — Vaginite blennorrhagique.

Créosote pure....................	àà 3 parties.
Liqueur de potasse (pharm. anglaise)	
Eau camphrée.....................	240 —

Injecter deux fois par jour deux cuillerées à soupe de ce mélange dans le vagin.

(Bodenhamer.)

***

48. — Traitement de l'herpès génital. — 1° *Herpès sec* :

a) Emplâtre de plomb simple........	àà 25 grammes.
Lanoline........................	
Axonge..........................	5 —

ou bien :

b) Lanoline.......................	àà 20 grammes.
Onguent gris.....................	
Huile d'olive....................	10 —

2° *Herpès humide.*

Poudre d'amidon..................	100 grammes.
Sous-nitrate de bismuth...........	1 —
Acide tannique...................	1 —

Saupoudrez après lavage à l'eau boriquée ou à l'eau phéniquée faible.

Besnier.

***

49.— Traitement symptomatique de la dysménorrhée chez les jeunes filles. (*Progrès médical*, 1894, n° 48). Le meilleur traitement symptomatique de la dysménorrhée chez les jeunes fillesconsiste dans le repos au lit, observé pendant toute la durée des règles douloureuses. Si les douleurs sont par trop vives, on prescrira l'usage de la mixture suivante :

Bromure de potassium......... Antipyrine....................	ãã 10	grammes.
Extrait fluide de viburnum prunifolium......................	20	—
Eau distillée..................	120	—
Cognac...................... Sirop d'écorces d'oranges amères	ãã 30	—

Mêlez. A prendre tous les jours la valeur de quatre cuillerées à café.

Nous rappellerons à nos lecteurs que le massage méthodique de la région lombo-sacrée, pratiqué pendant la semaine qui précède les règles, a donné au Dr Chéron des résultats excellents dans la dysménorrhée des jeunes filles, spécialement dans les cas d'arthritisme. (Voir un de nos précédents formulaires.)



50. — Extirpation abdominale des fibromes utérins avec conservation de l'utérus. — Voici les conclusions du mémoire du Pr Obalinski sur ce sujet (1) :

1° La marche des fibromyomes de l'utérus ne peut être prévue, c'est pourquoi il faut les extirper plus tôt que cela n'a été pratiqué jusqu'ici.

2° Il est d'autant plus nécessaire d'intervenir dans les cas qui s'aggravent continuellement.

3° L'ablation des fibromyomes ne peut être effectuée sûrement que par la voie chirurgicale.

4° Chaque cas particulier doit être individualisé, et cela dans le but d'appliquer autant que possible la méthode la plus sûre et la plus inoffensive.

(1) Nous sommes loin d'accepter les conclusions de l'auteur, en raison de la mortalité considérable des ablations de tumeurs fibreuses et de leur bénignité réelle dans la grande majorité des cas (N. D. L. R.)

5° Parmi les méthodes opératoires les plus inoffensives, il faut assurément ranger l'extirpation des corps fibreux soit par le vagin (Czerny, Péan, Doyen, Düherssen), soit du côté de la cavité abdominale ; dans ce dernier cas, il importe évidemment d'appliquer le procédé organopectique.

6° Vu que dans les deux tiers des cas qui se présentent, les tumeurs peuvent être enlevées sans qu'il soit nécessaire de sacrifier les organes sexuels, on doit dans tous les cas, chercher à réaliser ce problème ; si l'on n'y parvient pas, il reste à extirper la tumeur avec l'utérus ; parmi les méthodes qui ont été proposées pour l'exécution de cette opération, l'auteur donne la préférence à l'extirpation de l'utérus par le vagin suivant le procédé de Péan (par morcellement) ; vient ensuite l'amputation sus-vaginale par le procédé de Zweifel et en dernier lieu l'extirpation totale de l'utérus du côté de la cavité abdominale.

7° On ne doit avoir recours qu'exceptionnellement à la castration ou à la décortication.



51. — Pathologie et thérapeutique des hémorragies post-partum. (*Deutsche medicin. Wochensch.*, novembre 1894.) — Le travail de Fehling se rapporte surtout à l'affirmation de J.Veit, à savoir qu'on peut toujours faire sortir le placenta par expression. Fehling constate même, et tout accoucheur expérimenté sera de son avis, qu'il y a des cas ou le placenta ne sort pas par la pressiou, même la femme étant endormie. D'autre part, dans les cas d'obésité, de placenta trop volumineux, il est assez difficile de saisir l'utérus suffisamment de façon à pouvoir pratiquer l'expression. Si le placenta ne sort pas malgré un massage assez énergique de l'utérus, il faut l'enlever manuellement. De cette façon, la pratique de Veit, qui consiste à laisser le placenta dans l'utérus jusqu'à l'apparition d'une hémorragie menaçante, se trouve condamnée.



52. — Le traitement de l'éclampsie. (*Centralblatt für Gynœcol.*, 1895.) — Le Pr Goubaroff indique le traitement suivant de l'éclampsie.

La morphine à doses moyennes mais fréquemment répétées (15

milligrammes en injections sous-cutanées six fois en vingt-quatre heures suivant la quantité des urines), des lavements au chloral et une légère chloroformisation. Ce dernier moyen ne doit être employé que dans le cas d'interventions chirurgicales. En même temps, tous les moyens externes capables de stimuler les fonctions cutanées doivent être mis en pratique tels que : des enveloppements avec des linges trempés dans de l'eau chaude, des frictions quotidiennes répétées avec une solution alcoolique et de l'air chauffé, etc. Dans tous les cas il faut avoir soin d'évacuer les intestins en administrant le plus tôt possible un purgatif salin (soude, magnésie, etc.) ; il faut aussi tenir grand compte des fonctions rénales. On fera prendre du lait et des différentes eaux minérales diurétiques, on appliquera d'autre part sur la région lombaire un gros sac de caoutchouc rempli d'eau chaude. Ce traitement local exerce une influence très favorable sur la diurèse. Dans trois cas des plus graves avec perte complète de connaissance, un état comateux et une température très élevée (39°-40°), ce traitement local a eu pour résultat l'augmentation de la quantité des urines et la notable diminution de l'albumine ; on constate en même temps une amélioration générale qui se transforme après quelques jours en guérison définitive. L'auteur croit donc nécessaire de recommander tout particulièrement les applications chaudes dans la région lombaire, surtout dans les cas où il y a diminution de la quantité des urines, accompagnée d'une albuminurie très grande.



53. — D'où provient le résultat défavorable de l'antisepsie dans les cas de fièvre puerpérale. (*Volkmann Samml. klin. Vort.*, novembre 1894.) — Dans une autre analyse nous avons déjà indiqué les causes qu'invoquait M. Rudolf Dohrn pour expliquer les résultats défavorables. M. Schrader examinant la même question ne manque pas d'arriver à la même conclusion. Il va même plus loin, considérant les injections vaginales administrées après l'accouchement comme inutiles et dangereuses, étant donné qu'une certaine quantité de microbes qui se trouvent dans le vagin peut être entraînée mécaniquement dans le segment inférieur de l'utérus, comme l'auteur a pu l'observer dans un cas. Le drainage de l'utérus serait aussi nuisible. Schrader termine son travail en disant que si la guérison a lieu après les irrigations on ne doit pas oublier qu'elle se

fait non pas à cause d'elles mais malgré elles. La valeur de l'antisepsie appliquée à l'obstétrique est dans la prophylaxie et non pas dans le traitement local.



54. — **La pilocarpine dans l'éclampsie des femmes enceintes**, par B. Grinberg. (*Med. Oboz.*, n° 3, 1893.) L'auteur a employé dans quatre cas de convulsions éclamptiques tantôt avant l'accouchement, tantôt après, des injections hypodermiques de pilocarpine à des doses de 1 centigramme par piqûre. Dans un de ces quatre cas la malade est morte avec des phénomènes d'œdème pulmonaire. Chez les autres malades la pilocarpine eut pour effet la suppression rapide et définitive des convulsions. Dans les maladies pulmonaires la pilocarpine est, selon l'auteur, contre-indiquée, puisque la malade qui est morte d'œdème pulmonaire était une phtisique.



55. — **Traitement du cancer utérin par des injections d'acide salicylique**, par le D[r] F. Faflus. (*Med. Oboz.*, n° 1, 1895.) — L'auteur a essayé dans sept cas de cancer utérin inopérable le traitement proposé par le D[r] Bernard (de Munich) et a obtenu des résultats assez satisfaisants, notamment diminution et même disparition des hémorragies, disparition des pertes irritantes et de la mauvaise odeur, diminution des douleurs, amélioration de l'état général et enfin un ralentissement dans le développement de la maladie. Aussi considère-t-il cette méthode comme supérieure à toutes les autres méthodes de traitement palliatif du cancer utérin quand il est trop tard pour extirper le néoplasme. L'auteur se servit d'une solution alcoolique (alcool à 60 %) d'acide salicylique à 6 %. Après avoir nettoyé le vagin avec des injections antiseptiques faites deux à trois fois par jour, on rend la portion vaginale de l'utérus accessible à l'aide des valves et on injecte dans l'épaisseur du col à une profondeur de deux tiers de centimètre, avec une seringue de Pravaz, 1 à 4 centimètres cubes de liquide en cinq à six endroits différents. On essuie ensuite avec des tampons d'ouate, on saupoudre avec de l'iodoforme et on tamponne le vagin avec des tampons d'ouate imbibés de glycérine iodoformée. La malade est transportée au lit, qu'elle doit garder pendant vingt-quatre heures après l'injection. Le lendemain on enlève

le tampon et on fait une injection antiseptique vaginale. Les injections à l'acide salicylique sont répétées tous les trois ou quatre jours. Ces injections sont suivies d'une douleur, qui est de courte durée. L'auteur n'a pas observé d'autres phénomènes fâcheux, ni de complications d'aucune nature.

***

56. — **Le formol contre les vaginites et les endométrites catarrhales ou blennorrhagiques.** — Chez cent cinquante-cinq malades, le Dr von Winckel, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Munich, s'est servi avec avantage des injections vaginales : un liquide contenant une cuillerée à bouche d'une solution de formol à 10 % par litre d'eau, ainsi qu'aux cautérisations du col et de la muqueuse intra-utérine avec la même solution. D'où il conclut que l'aldéhyde formique est un excellent moyen pour combattre les vaginites et les endométrites catarrhales et blennorrhagiques.

(*Journ. de méd. de Paris*).

***

57. — **De l'assa fœtida dans la pratique obstétricale et gynécologique.** — Warman (*Therapeut. Monats.*, janvier 1895) s'élève contre l'inefficacité des remèdes jusqu'ici recommandés dans les cas d'avortement, démontrant que de petites doses d'opium manquent fréquemment leur but, de même que de fortes doses répétées peuvent être dangereuses, les deux modes d'administration étant de peu de valeur chez les patientes sujettes à l'avortement. C'est pourquoi l'auteur fut porté à employer volontiers l'assa fœtida, tel que recommandé d'abord par les accoucheurs italiens. Ce médicament était ordinairement administré sous forme de pilules de 1 1/2 gr. chacune mais bientôt un enema contenant la teinture fut préféré aux pilules dans les cas graves d'avortement. L'auteur trouva ce médicament très efficace à arrêter l'hémorrhagie qui est sujette à recommencer subséquemment. Quoiqu'avec un flot de sang des plus graves alarmants, la première dose parut avoir un effet des plus calmants, et amena une séparation graduelle de l'ovule sans contractions utérines. Pour illustrer ceci, plusieurs exemples sont cités au long mais le matériel à la disposition de l'auteur est insuffisant pour lui permettre de

reconnaître à l'assa fœtida des propriétés prophylactiques. Il est indiqué là où il y a eu des avortements successifs. L'auteur a observé en tout 5 cas, et en décrit un des plus obstinés. A ces patientes, on administre les pilules, en commençant avec 2 par jour et en augmentant jusqu'à 10, le nombre en étant subséquemment diminué. Aucun symptôme désagréable n'a été observé, mais, d'un autre côté le travail intestinal était grandement activé, ce à quoi l'auteur attribue en grande partie le succès obtenu dans ces cas qu'il appelle « abortio habitualis ». (*Bristish Medical Journal*, 2 mars 1895.)



58. — Ablation des seins pour galactorhée intarissable. — C. von Tussenbroek (*Nederlandsch. Tydsch. v. Verlosk en Gyn.*, n° 5), pour un cas rebelle contre lequel toutes les médications avaient été inutilement employées, se décida, en présence du dépérissement extrême de la malade et de son amaigrissement rapide, à pratiquer l'ablation complète des deux seins. La malade se rétablit rapidement et son état général redevint excellent. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une exagération simple de la sécrétion normale, sans lésions appréciables : il reste à décider quelle est, dans le phénomène de la lactation, la part des nerfs sécréteurs et à déterminer le rapport de leur fonctionnement avec les modifications d'ordre général qu'entraine la gravidité.



59. — De l'emploi de la cocaïne contre la ridigité du col pendant le travail. — Farrar. — L'auteur a successivement employé les applications de cocaïne dans deux cas de rigidité du col pendant le travail. Dans le premier : primipare relativement âgée, la rigidité entrava la marche du travail pendant quarante-huit heures et le chloroforme n'avait aucun effet. L'accoucheur décida alors de pratiquer une incision sur le col ; il y appliqua d'abord un tampon trempé dans une solution de cocaïne à 10 pour cent, de manière à obtenir un certain degré d'anesthésie locale. Trois minutes après, il enleva le tampon et fut surpris de trouver le col considérablement dilaté. La dilatation continua à se faire rapidement et l'accouchement se termina normalement. Dans le second cas : une primipare de quarante ans ; l'application d'un tampon de cocaïne à 10 pour cent, sur

le col, fit disparaître une ridigité qui depuis trois jours résistait à tous les moyens.— *Annals of Gynecology and Pediatry.*



60. — Des applications locales de la chaleur à la région lombaire dans le traitement de l'éclampsie. — Goubarew, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Dorpat-Youriew, a pu se convaincre que chez les femmes éclamptiques l'application, sur la région lombaire, d'un grand sac en caoutchouc rempli d'eau chaude exerce une action particulièrement favorable. Sous son influence, la diurèse augmente rapidement, tandis que l'albuminurie diminue, puis il se produit une amélioration de l'état général suivie de guérison. Notre confrère a traité six malades atteintes d'éclampsie par ces applications locales de la chaleur, et aucune n'a succombé. Les autres moyens de traitement employés dans ces cas ont été les injections hypodermiques de morphine, les lavements de chloral, les enveloppements chauds humides, les frictions avec un mélange chaud de sel, de vinaigre et d'alcool. Enfin, le régime lacté et une action régulière de l'intestin par l'emploi quotidien de purgatif. (D'après le *Journ. de Méd. de Paris*).



61.— Dilatation rapide du col pendant la parturition. (*Obs. Soc. of London*, séance du 7 novembre 1894.) — A propos de la communication de M. Farrar (voir plus haut § 59) sur l'utilité des applications locales de cocaïne pour faciliter la dilatation du col, s'est engagé la discussion suivante :

M. Routh fait observer que la cocaïne a déjà été préconisée contre les douleurs de la première période, et les pessaires à la cocaïne et à l'acide borique pour combattre la rigidité du col. M. Routh l'a employée et s'en est bien trouvé.

M. Leith Napier a trouvé l'anesthésie difficile à obtenir dans les cas gynécologiques même avec la solution à 20/100.

M. Horrosks trouve l'injection hypodermique à 5/100 beaucoup plus sûre dans son action que le badigeonnage avec la solution 20/100.

M. Herman (président) remarque qu'il faut savoir distinguer entre la dilatation normale mais lente, et la possibilité de la dilatation arrêtée par une contre action anormale spasmodique du col. Un médica-

ment impuissant dans le premier cas pourrait agir contre le second. Si les résultats obtenus par M. Farrar sont confirmés par une expérience plus étendue, il aura ajouté un remède précieux à nos ressources obstétricales. (*Rev. de thér. méd. chir.*)



62. — Traitement des métrorrhagies abondantes. — (Reinstadier).

Ergotine	10 grammes.
Eau distillée	70 —
Glycérine	10 —
Ac. salicylique	0.20 cent.

Une cuillerée à bouche de cette solution est coupée de 3 cuillerées d'eau; le tout est ensuite introduit dans le rectum en couchant la malade sur le ventre. (*Giorn. di farm. di chim.*)

***

63. — Crayons pour le traitement du cancer de l'utérus. — Ces crayons, dont voici la formule, sont préconisés par le docteur Jennings pour le traitement du cancer utérin. Tous les jours, on doit en introduire un dans la cavité du col de l'utérus, et on le maintient en place au moyen d'un tampon de coton que l'on fera bien d'enduire de glycérine.

Bleu de méthylène	0 gr. 25
Tannin	0 — 25
Opium pulvérisé	0 — 05
Huile d'olive	15 gouttes.
Beurre de cacao	45 grammes.

M. et F. S. A. un crayon médicamenteux.

FORMULAIRE

De la dilatation extemporanée répétée du canal cervical comme traitement consécutif au curettage pour endométrite hémorrhagique.

(Jules Chéron.)

Le curettage pour endométrite hémorrhagique est certainement une excellente opération qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer toutes les

fois que les lésions de la muqueuse utérine sont assez accentuées pour que la guérison ne puisse être espérée rapidement par l'emploi des cautérisations de la cavité avec le perchlorure de fer, la teinture d'iode, etc.

Il ne faudrait pas croire cependant que, dans tous les cas, un curettage bien fait, bien complet, mette à coup sûr, et par lui-même, les malades à l'abri d'une récidive plus ou moins incomplète, plus ou moins tardive.

On commence à mieux comprendre la nécessité des soins consécutifs après le curettage, jusqu'à restauration parfaite de la muqueuse, et l'on peut dire que le succès définitif dépend, en grande partie, du traitement post-opératoire.

Le maintien de l'asepsie locale par les injections vaginales et par les pansements permanents à la gaze iodoformée représente, avec le repos, la condition la plus nécessaire. Mais, en outre, il y a tout avantage à assurer un bon drainage naturel par la dilatation extemporanée répétée du canal cervical.

Une poupée d'ouate hydrophile imbibée de chlorhydrate de cocaïne à 1/20 est portée, à l'aide d'un applicateur de Playfair ou de tout autre porte-topique, dans le canal cervical, le col ayant été mis à nu à l'aide du spéculum. On laisse la cocaïne agir pendant cinq minutes, temps suffisant pour obtenir l'anesthésie locale. Un dilatateur métallique à deux branches, de courbure appropriée, est introduit alors dans le canal cervical à la place du porte-topique et modérément écarté, sans qu'il soit besoin de porter la dilatation très loin. Le dilatateur est laissé en place pendant cinq minutes, et on peut alors le retirer sans le desserrer. Grâce à la cocaïne, cette dilatation est exempte de toute douleur. On applique le pansement à la gaze iodoformée imbibée de glycérine et on renouvelle la dilatation tous les quatre jours, en même temps qu'on change le pansement.

Dans un grand nombre de cas, nous avons employé ce mode de dilatation après le curettage et nous avons toujours vu, dès lors, les hémorrhagies disparaître définitivement, quelle que fût l'ancienneté des lésions.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

DYSTOCIE GRAVE CAUSÉE PAR UNE HYSTÉROPEXIE.

Dans un précédent travail (1), j'ai essayé de démontrer que l'hystéropexie abdominale antérieure, appliquée au traitement des rétrodéviations utérines, est une mauvaise opération, irrationnelle dans son principe et — les faits le prouvent — inconstante dans ses résultats symptomatiques. Je laissais alors de côté le point de vue obstétrical, les documents publiés à cette date étant insuffisants pour juger la question, bien qu'il fût, dès ce moment, logique de faire des réserves et de craindre que l'hystéropexie ne créât une nouvelle variété de dystocie plus ou moins grave.

L'hystéropexie abdominale antérieure est une opération irrationnelle dans son principe, car elle ne tient pas compte de ce fait capital que, à l'état physiologique, l'utérus est essentiellement mobile. Elle remplace simplement une déviation par une autre ; elle substitue à la rétrodéviation adhérente ou non, une antéfixation adhérente, pathologique, alors que les symptômes de l'antéversion fixe, pathologique, sont à peu près les mêmes que ceux des rétroversions. Par suite, il y a

(1) Jules Batuaud. Sur un cas d'hystéropexie abdominale pour rétroversion utérine. Communication faite à la *Société médicale de l'Elysée*, le 7 mars 1892. *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, avril 1892.

lieu de se demander si l'amélioration douteuse que doit donner l'opération vaut la peine d'ouvrir le ventre, de faire une cicatrice plus ou moins longue, d'exposer à une éventration toujours possible, enfin d'obliger la malade au port d'une ceinture à perpétuité.

En fait, dans le cas que j'ai publié dans le travail que je me permets de rappeler en ce moment, la malade souffrait tout autant qu'avant l'hystéropexie (malgré ou plutôt à cause de la solidité de la fixation chirurgicale) ; bien plus, à ses souffrances anciennes s'ajoutait l'infirmité due à une éventration survenue au niveau de la cicatrice.

Dans un mémoire récent (1), le Dr C. Poltowicz compare l'opération de la néphrorrhaphie avec l'hystéropexie et considère que, dans les deux cas, on fait une intervention du même ordre ; dans un cas, c'est le rein flottant ; dans l'autre, c'est l'utérus déplacé qu'on fixe à la paroi abdominale. Il y a cependant, cette différence considérable, qui semble avoir été méconnue par l'auteur, que le rein, à l'état normal, ne doit pas sortir de sa loge, tandis que l'utérus, à l'état normal, doit conserver une assez grande mobilité pour remplir ses fonctions physiologiques.

La néphrorrhaphie fût-elle une bonne opération, cela ne prouverait pas que l'hystéropexie donne de brillants résultats, sans compter que la néphrorrhaphie est loin d'être la merveille que l'on pense. « Quelques chirurgiens, dit M. Glorieux (2), sont encore portés à croire qu'en fixant un rein plus ou moins mobile, ils guériront la plupart des symptômes dont se plaignent les malades ; ils oublient que ces plaintes sont d'ordre nerveux et relèvent de la neurasthénie et leurs insuccès, après la

(1) C. Poltowicz. Remarques sur quelques cas d'hystéropexie, d'après les observations recueillies à la clinique chirurgicale de Lausanne. (*Revue méd. de la Suisse romande*, janvier et mars 1895.)

(2) Glorieux. De la folie post-opératoire. (*Revue des maladies des femmes*, mai 1895, p. 270.)

néphrorrhaphie ou la néphropexie, devraient leur ouvrir les yeux et les faire renoncer à toute intervention active. Tous les neurasthéniques que nous connaissons et qu'on a cru pouvoir guérir en fixant leur rein mobile, ont vu leur état s'aggraver depuis l'intervention chirurgicale. »

Quelque partisan qu'il soit de l'hystéropexie, M. Poltowicz admet d'ailleurs que cette opération provoque quelquefois des accidents au point de vue obstétrical et pense que, chez les femmes jeunes, il faut être très réservé et n'opérer que lorsque tous les autres moyens de traitement ont échoué.

Cette réserve est justifiée. Voici, en effet, que les cas de dystocie attribuables à l'hystéropexie abdominale commencent à être publiés. Le plus grave que nous connaissions est le suivant, dû au D[r] Goubaroff (de Dorpat-Youriew) (1) ; il s'agit d'une femme de 23 ans, hystéropexiée pour rétroflexion quatre ans auparavant, arrivée à peu près au terme de la grossesse, chez laquelle on dut faire une opération césarienne pour obtenir l'extraction de l'enfant.

Pas d'anomalie du bassin ; utérus très solidement fixé à la paroi abdominale ; col utérin situé tellement haut qu'il fallut anesthésier la malade pour atteindre le museau de tanche derrière une sorte de rétrécissement du vagin ; présentation transversale en A. I. D. de l'épaule gauche, dos en avant (tête à droite). Albuminurie. Contractions tétaniques de l'utérus sans dilatation du col. Battements du cœur du fœtus irréguliers. Nécessité de hâter l'accouchement.

La version par manœuvres externes échoue. Impossibilité de dilater artificiellement le col, en raison de sa situation trop élevée. Les adhérences qui fixent l'utérus dans sa position anormale ne pouvant céder, on en est réduit à faire la laparotomie et à agir comme les circonstances le permettront.

(1) A. Goubaroff. Dystocie due à une hystéropexie antérieure, ayant nécessité l'opération césarienne. (*Semaine médicale*, 5 juin 1895.)

« Nous nous décidons donc à faire, dit l'auteur, une laparotomie, et on prépare tout pour une opération césarienne éventuelle, ajournant la solution complète de la question au cours de l'intervention même. A dix heures du matin, le 8 février, nous menons une incision sur la ligne médiane, au long de la cicatrice existante ; cette incision commence à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et se termine à un travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le péritoine est ouvert au niveau du bord droit de la cicatrice. Les adhérences utéro-pariétales sont tellement solides qu'il est impossible de les séparer avec les doigts. Tout le long de la cicatrice on trouve sur la ligne médiane une adhérence ferme dont les attaches, à la surface antérieure de l'utérus, ont la largeur d'un travers de doigt.

« L'extrémité supérieure forme une bride solide, de l'épaisseur du petit doigt, qui passe sur le fond de la matrice et se fixe sur le bord postérieur du fond, en y creusant la dépression constatée à l'examen. La section de cette bride avec les ciseaux montre, dans son épaisseur, des vaisseaux, artères et veines, qu'il faut pincer. L'utérus est assez facilement ramené dans sa position normale et on constate, au toucher vaginal, que le col, dont l'orifice externe ne donne passage qu'à la dernière phalange du doigt explorateur, est situé immédiatement au-dessus du rétrécissement vaginal déjà mentionné. La surface de la paroi antérieure de l'utérus, privé de péritoine, forme une bande d'un travers de doigt de largeur. Cette surface donne lieu à une hémorrhagie qu'on ne parvient pas à arrêter par la compression avec de la gaze iodoformée. On se décide alors à pratiquer l'opération césarienne. Ayant agrandi avec des ciseaux la plaie de la paroi au-dessus de l'ombilic, on réussit à faire sortir l'utérus de la cavité abdominale. Ceux d'entre vous qui ont assisté à l'opération ont pu voir la grosseur des veines qu'on apercevait près des annexes utérines. Le plexus pampi-

niforme était formé par des veines du calibre d'un crayon ordinaire. La section de la paroi utérine a lieu sur la face antérieure de l'organe le long de la cicatrice. En haut, vers le fond de l'utérus, cette incision est dirigée vers le côté gauche pour éviter le placenta, dont les souffles nous ont semblé plus intenses à droite et en haut, ce qui nous avait fait penser que l'arrière-faix se trouvait de ce côté ; cela fut d'ailleurs confirmé ultérieurement. Après avoir pénétré dans la cavité de l'œuf, nous rencontrons des anses du cordon, présentant une grande ressemblance avec des anses d'intestin grêle remplies de méconium. L'enfant, saisi par une de ses extrémités inférieures, est extrait rapidement. On coupe le cordon, dont le bout utérin est lié par un vide, et on met une pince forcipressure sur le bout fœtal.

« L'enfant naît en état apparent d'asphyxie, mais il est bientôt ranimé, et vous vous rappelez ses cris qui retentissaient pendant que nous faisions la suture de la plaie utérine. Le placenta et les membranes sont facilement dégagés. La cavité utérine est soigneusement lavée et essuyée. L'hémorrhagie n'a pas été abondante et a été facilement enrayée par les doigts d'un aide qui comprimait le col utérin. L'application d'une anse élastique n'a pas été faite, et je regrette de l'avoir placée provisoirement (afin de pouvoir la lier en cas d'urgence), parce qu'elle a gêné les mouvements de l'aide chargé de comprimer la partie cervicale de l'utérus. Nous avons pu nous convaincre que les doigts d'un aide suffisent pour assurer l'hémostase. Pour donner un libre cours aux lochies, j'ai essayé d'introduire successivement un, puis deux doigts dans le canal cervical en les glissant du côté de la cavité utérine, ce à quoi je suis parvenu assez facilement. La plaie utérine a été réunie par des sutures à la soie, profondes et superficielles, ces dernières placées à la façon de sutures du pelletier... Après avoir fermé la plaie abdominale, j'ai introduit par le vagin les dilatateurs

coniques de L. Tait, dont je me sers toujours pour faire la dilatation rapide du col, et après m'être rendu compte que mon index passait facilement dans le canal cervical, j'ai lavé avec une solution de lysol la cavité utérine à l'aide d'une sonde de Budin. Pour assurer une bonne contraction de l'utérus (bien qu'il fût fortement rétracté, grâce au massage de ses parois et à une injection de cornutine Kobert), j'introduisis dans la cavité utérine une bande iodoformée. L'opération dura trente-cinq minutes. La femme fut transportée dans un lit chaud ; on plaça sur l'abdomen de la glace qu'on enleva le soir même ; en somme, on appliqua le traitement ordinaire des laparotomisées. L'enfant est une fille bien conformée. Ses dimensions et son poids montrent qu'elle est née huit à dix jours avant terme, par conséquent, comme nous l'avions pensé, vers le milieu du dixième mois lunaire. Elle prend bien le sein et a l'air vivace. La circonférence de la tête est de 34 centimètres. »

L'auteur pense que, pour éviter de semblables accidents, il faut bien prendre garde à ne pas faire de suture séro-fibreuse ou séro-musculaire dans l'hystéropexie et qu'en outre il ne faut pas faire passer les sutures à travers le fond de l'utérus, mais bien plutôt les placer au-dessous et non au-dessus des insertions des ligaments ronds. Mais n'y a-t-il pas à craindre, si on suit ce conseil, de fixer l'utérus trop haut, comme cela était déjà survenu dans ce cas et dans bien d'autres ? Quoi qu'il en soit, on voit que l'hystéropexie abdominale peut entraîner des dystocies graves ; il faut donc être très réservé dans l'emploi de cette opération chez les femmes encore jeunes, susceptibles de devenir enceintes, et cette réserve sera d'autant plus sage que l'hystéropexie abdominale est loin d'être l'opération idéale, puisqu'elle ne corrige la rétro-déviation qu'en lui substituant une situation antiphysiologique.

JULES BATUAUD.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX

APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET LA FAUSSE-COUCHE

Subinvolution utérine ; microbes ; lever précoce et travail prématuré. Mesures prophylactiques hygiéniques et sociales.

—

Nous avons depuis longtemps et à maintes reprises attiré l'attention sur l'importance considérable d'avoir des suites de couches normales, non troublées surtout par l'un ou l'autre accident pelvien, qui le plus souvent laisse à la suite une lésion chronique de la matrice, des annexes ou des tissus voisins, avec ses conséquences désagréables ou graves pour la santé de la femme.

La morbidité, avons-nous dit bien des fois, importe autant que la mortalité.

Il est d'observation journalière que la plupart des femmes atteintes d'affections génitales en font remonter le début à un accouchement ou à une fausse couche.

La cause de ces maladies qui empoisonnent l'existence de tant de malheureuses, doit donc être recherchée dans les circonstances du travail et des suites de couches, spécialement dans les soins qu'elles ont reçus des accoucheurs et accoucheuses.

Signalons, au courant de la plume, les manœuvres intempestives pour hâter la terminaison et pour *paraître* devant le public, les touchers fréquents, la dilatation du col, la rupture prématurée des membranes, l'excitation exagérée de l'utérus, l'application irrégulière du forceps, les contusions et les déchirures du col, du vagin et du périnée, les frictions *désordonnées* du globe utérin pendant et après l'accouchement, la délivrance incomplète et la rétention de caillots ou de débris placentaires et membraneux, enfin le défaut ou l'insuffisance des précautions de propreté et d'antisepsie.

Dans un article récent intitulé : *De l'involution utérine* (*Flandre Médicale* du 13 juin 1895, p. 705), M. le D[r] Keiffer (de Bruxelles) range en toute première ligne parmi les causes des génitopathies *l'involution utérine incomplète*. C'est elle qui prépare le terrain favorable aux divers contages microbiens.

Nous admettons sans peine cette manière de voir qui est, pen-

sons-nous, celle de la plupart des gynécologistes actuels et qui résulte des connaissances bactériologistes contemporaines.

Mais d'où résulte cette subinvolution ? Nous l'avons rappelé plus haut, elle résulte des circonstances du travail et des suites de couches.

Dans son étude, M. Keiffer attribue la subinvolution aux trois causes suivantes : 1° injections antiseptiques multiples et quotidiennes ; 2° ceinture abdominale ; 3° mouvements de l'accouchée et station debout prématurée. Il insiste longuement sur cette 3e cause et ne fait guère que signaler les deux autres, dont nous ne dirons aussi que peu de mots.

1° Les microbes, retrouvés comme éléments actifs dans les phlegmasies génitales, peuvent exister à l'état normal, mais ils n'entrent en jeu que lors d'une perturbation anatomique ou chimique du terrain où ils se trouvent habituellement inoffensifs. Il en est de même dans les voies digestives et aériennes.

Cette notion est récente : au début des idées pasteuriennes, les microbes étaient tout et le terrain était oublié ; aujourd'hui les microbes sont relégués au second plan et le terrain a reconquis la première place.

Tout le monde peut donc admettre à l'heure présente que « si l'on a fait une antisepsie soignée des voies génitales avant la sortie du fœtus, et si la délivrance est complète, il n'y a plus de raison pour verser chaque jour des solutions chaudes et antiseptiques sur un terrain qui ne demande qu'à se réparer tranquillement ».

Cependant nous croyons pouvoir rassurer notre confrère ; l'expérience donnée par quelques milliers de cas, où il y a eu apparemment exagération de solutions antiseptiques, démontre que cela n'empêche pas les tissus de se réparer bien tranquillement. Le contraire semble même plus exact. Les perturbations malheureuses des tissus ne viennent pas de là, mais de ce que nous avons énuméré précédemment.

2° Relativement à la seconde cause, M. Keiffer l'indique en ces quelques mots : « La ceinture, prétendûment destinée à fixer l'utérus délivré, ne sert en réalité, lorsqu'elle est placée immédiatement après le part (1), qu'à abaisser l'organe, à écraser ses

(1) C'est par abus que le mot *part* est employé étymologiquement comme synonyme d'accouchement ; en français, il signifie seulement fœtus.

artères nourricières et les organes voisins : vessie, intestins, uretères. »

Quand on connait le bandage habituellement appliqué pour soutenir les parois abdominales qui, par suite d'une longue et forte distension, ont perdu au moins momentanément leur tonicité, on peut affirmer qu'il ne peut ni abaisser l'utérus, ni écraser quoi que ce soit.

M. Keiffer avance à ce propos que ce bandage empêche la liberté des mouvements de l'utérus et contribue ainsi à produire une altération anatomique favorable à l'éclosion d'une inflammation. Quelques lignes plus loin, il déclare que les mouvements communiqués à la matrice entravent sa régression : ces deux affirmations sont contradictoires.

3° M. Keiffer pose d'abord ce principe : « Il faut au moins trois mois pour que, dans les conditions normales, l'utérus ait repris son état primitif. » Ce chiffre est très élevé ; on admet généralement *comme moyenne*, dans les conditions normales, 4 à 5 semaines selon que la femme allaite ou n'allaite pas. Les autopsies nécessaires manquent évidemment à la démonstration. Mais on peut dire que la cessation de tout écoulement lochial, le retour régulier de la menstruation, l'absence de trouble quelconque, une nouvelle conception même dans certains cas, sont autant de motifs qui militent en faveur de la *restitutio ad integrum* de la matrice 5 à 6 semaines après l'accouchement.

Pour notre confrère, ce qui entrave le retrait de l'organe, en dehors des rétentions et des contages virulents, « ce sont les mouvements communiqués à la matrice, soit par la multiplicité des positions prises par l'accouchée sur son lit, soit par des soins trop peu respectueux de l'immobilité qu'elle doit observer longtemps après l'accouchement, soit encore par la station debout permise trop prématurément (1) ».

M. Keiffer étudie surtout ce point, et divise les femmes en deux catégories, selon qu'elles sont restées au lit 9 jours environ ou se sont levées avant ce temps de repos consacré par l'expérience et l'usage.

« Pour celles-ci, qui se lèvent après trois jours, deux jours, voire même le jour de l'accouchement, il est évident que la subin-

(1) Pourquoi *trop* avant prématurément, puisque ce dernier mot signifie déjà *trop* tôt ?

volution utérine avec son cortège d'hémorragies, de déviations, d'accidents inflammatoires sera la règle. »

« Eh bien, ajoute immédiatement M. Keiffer, pour celles qui bénéficient du repos traditionnel de neuf jours, il en est *très fréquemment de même* ». Et l'auteur entreprend ensuite la démonstration de cette thèse, qui mérite au plus haut degré sans aucun doute d'attirer l'attention des praticiens.

Disons cependant qu'à notre avis, il ne faut pas exagérer et que les thèses outrées risquent beaucoup de ne pas atteindre leur but. La vérité est souvent dans les justes milieux et à notre sens c'est encore le cas ici.

Et d'abord peut-on sérieusement prétendre que la plupart des femmes se levant avant le 9e jour sont atteintes de subinvolution utérine avec son cortège d'hémorragies, de déviations et d'accidents inflammatoires ? Est-ce la règle ? — Nous ne le pensons pas.

Il y a du reste une importante distinction à établir parmi les femmes qui se lèvent avant le 9e jour. Il en est qui quittent le lit pendant une ou deux heures, pour s'étendre sur une chaise longue, s'asseoir dans un fauteuil, puis augmentent peu à peu, font quelques pas dans la chambre, s'occupent de menus soins n'exigeant ni efforts, ni marche, ni fatigue. C'est la méthode qui a été préconisée sous le nom de *lever précoce*.

Ce lever précoce a fait l'objet de discussions et de recherches cliniques multiples, dont nous avons rendu compte dans le *Journal d'Accouchements* il y a plus de quinze ans déjà (voir année 1880, pp. 5, 11, 30, et 1881, pp. 36, 43, 55). Nous rappellerons seulement les mensurations nombreuses de M. Solovieff « d'où il résulte qu'en général, lorsque l'accouchée garde le lit pendant 9 jours, à l'expiration de ce terme, l'utérus a diminué de 83 millimètres, tandis que chez les femmes qui se lèvent plus tôt la diminution est de 87 millimètres ». *Donc le lever précoce n'entrave pas l'involution puerpérale, mais semble au contraire la favoriser.* De plus, d'après les observations de Goodel et de Solovieff, à la suite du lever précoce, on ne constate pas les hémorragies, les écoulements lochiaux prolongés, les douleurs, les déviations, les inflammations, dont parlent les auteurs. En revanche, les fonctions organiques s'accomplissent mieux, la vessie et les intestins remplissent régulièrement leur rôle, l'appétit et la digestion ne

laissent rien à désirer, le rétablissement est plus rapide et plus complet.

Pour notre part, nous avons essayé le système chez plusieurs femmes de diverses classes de la société et nous avons constaté les mêmes résultats.

Mais pour nous il y a un danger facile à prévoir : ce sont les abus. Les femmes se trouvent tellement bien qu'elles commettent des imprudences et veulent beaucoup trop vite reprendre leurs occupations habituelles : cela ne rentre plus dans la méthode.

Et puis, il faut bien l'avouer : il y a l'habitude, et lutter contre elle est toujours compromettant pour le praticien ; si l'on permet aux femmes bien portantes (et à celles-là seulement) de se lever plus ou moins vite et s'il survient quelqu'incident désagréable ou fâcheux (cela arrive aussi à celles qui restent immobiles dans leur lit), le public ne manque pas d'accuser le médecin d'imprudence, d'impéritie ou de maladresse.

Nous ferons observer que nous ne faisons point de dissertation sur l'accouchement naturel qui est un simple acte physiologique, ni sur les exemples tirés des peuplades primitives et non encore modifiés par notre civilisation.

Pour dire toute la vérité, et presque à contre cœur, nous devons avouer que nous avons eu l'occasion depuis 27 ans de pratique obstétricale, dont 17 de Maternité, de voir et de suivre quantité de malheureuses qui, par suite des tristes conditions de la vie sociale, étaient obligées de se livrer, après quelques jours, à toutes sortes de travaux pénibles et fatigants ; eh bien, heureusement pour elles, beaucoup ont échappé aux conséquences qui apparemment les menaçaient. Sans doute, nous avons observé des accidents précoces ou tardifs, devant, selon toute vraisemblance, être attribués à la reprise hâtive des occupations ordinaires, mais nous ne pouvons dire que c'est la règle.

Nous allons maintenant nous occuper des femmes qui sont restées au lit les neuf jours traditionnels.

Tous les praticiens savent qu'il y a de grandes différences, selon les femmes, pour la grossesse, le travail, les suites de couches. Des différences parfois considérables existent *chez la même femme*, entre les diverses gestations.

Donc rien d'étonnant dans cette constatation, que la régression de l'utérus présente, selon les circonstances, des différences

sensibles et dans certains cas énormes ; c'est ainsi que dans notre *Cours d'Accouchements* (deuxième édition, t. I, p. 398), nous disons : « La durée *moyenne* est de 4 semaines chez la femme qui allaite de 6 semaines chez celle qui ne nourrit pas ; mais elle peut être plus courte ou plus longue, *varier de* 15 *jours à plusieurs mois.* » Plus loin, nous ajoutons : « elle va plus vite après les accouchements à terme qu'avant terme, quand le travail a été régulier, facile, chez les multipares » ; et encore : « La subinvolution se montre dans les cas de métrite, de septicémie, de déchirure du col, à la suite d'accouchements laborieux, prolongés, et souvent lorsque les suites de couches sont normales, compliquées de l'un ou l'autre accident. »

M. Keiffer a examiné par le toucher bimanuel une centaine de femmes, accouchées à terme ou près du terme, qui ne s'étaient pas levées avant le 10e jour, n'avaient pas fait d'imprudence particulière et avaient eu des couches normales : il trouva 3 à 4 fois sur 10 la matrice remontant à plusieurs travers de doigt au-dessus des pubis ; ces femmes ne tardaient pas à éprouver les douleurs et les divers symptômes qui accompagnent l'involution utérine incomplète. Chez d'autres femmes, la régression était plus accusée dès le 7e jour ; chez certaines, au contraire, le 1er jour l'utérus était mou et volumineux, comme chez d'autres le 3e jour, les lochies étaient encore nettement sanguines, « malgré le repos complet au lit dans le décubitus dorsal, bien que toutes les conditions hygéniques eussent été scrupuleusement suivies ».

A quoi tiennent ces différences alors que tout s'est passé normalement, qu'il n'y a eu ni fièvre, ni hémorrhagie, ni opération ? — M. Keiffer les fait dépendre « de la valeur organique des tissus de la femme en général et de l'appareil génital en particulier ».

Il a trouvé une prompte réparation de la filière pelvienne chez les femmes habituées aux exercices physiques, bien charpentées, une lenteur manifeste chez celles qui sont grasses, bilioso-sanguines ou lymphatiques, évitant la marche et le moindre mouvement, des variations brusques de contraction et de relâchement de la matrice chez les anémiques maigres, aux muqueuses flasques et pâles, généralement très nerveuses.

Lorsque ces femmes rentrent trop vite dans la vie commune, dit-il, on observe des hémorragies, des congestions qui tendent

à la chronicité, un suintement sanguinolent prolongé, de l'endométrite, des adhérences, des déplacements divers, des annexites. C'est que, pense-t-il, la subinvolution utérine est la cause la plus importante qui favorise le développement microbien et la perte de l'équilibre statique du bassin.

La conséquence de cette manière de voir est facile à tirer : il faut : 1° éloigner les microbes par l'antisepsie préventive et 2° *favoriser le retrait de la matrice par un repos au lit suffisamment prolongé*. Nulle discussion n'est possible sur le premier point, mais le doute est permis sur le second.

Le repos au lit favorise-t-il le retrait de la matrice ? Cela n'est nullement certain et M. Keiffer ne l'a pas démontré du tout. Dans la centaine de femmes examinées par lui, le repos de neuf jours ne paraît pas avoir été bien efficace chez celles qui l'ont observé.

Nous sommes d'accord avec M. Keiffer lorsqu'il dit que les soins doivent être plus ou moins prolongés selon les femmes, qu'un usage ou une mode ne doit pas régler systématiquement la reprise du travail dès que le soleil s'est couché pour la 9e fois après la délivrance. Il est évidemment absurde et dangereux de s'imaginer, comme certaines femmes, que la matrice *se remet en place* le 9e jour ; il y en a même qui se lèvent et travaillent dès les 1ers jours et se remettent religieusement au lit le 9e ! Beaucoup restent au lit 9 jours, mais dès le 10e s'imaginent qu'elles peuvent reprendre toutes leurs occupations.

Il ne s'agit nullement de toutes ces erreurs si préjudiciables à la santé des accouchées ; que la femme se lève pour la première fois le 10e jour ou le 4e ou le 20e, elle ne peut que s'essayer en quelque sorte, débuter prudemment par une ou deux heures, ne pas marcher au début, puis augmenter progressivement les jours qui suivent.

Il n'est pas possible, en revanche, de croire que l'immobilité complète au lit soit utile au retrait de la matrice ; une pareille mesure, dans les conditions normales, ne semble pas justifiée par la physiologie, ni par la pratique ; elle aurait pour résultat l'alanguissement de toutes les fonctions organiques : respiration, digestion, sécrétion, circulation ; elle favoriserait la rétention des lochies, qu'il faut, au contraire, aider à sortir par le

drainage naturel (relèvement de la poitrine, décubitus latéral, mouvements du tronc).

On doit dire que les injections *post partum* sont utiles pour enlever les vidanges et stimuler les organes génitaux, donc accélérer la régression. Nous les avons supprimées depuis 15 mois, dans les cas normaux. Mais si nous constatons une involution retardée de l'utérus, nous prescrivons des injections vaginales à 45° et le seigle ergoté.

Souvent aussi dans ces cas de subinvolution avec persistance de lochies sanguinolentes vers le 7e ou le 8e jour, tout le reste étant normal, nous avons permis aux accouchées de se lever, de faire quelques pas dans la chambre, de s'asseoir dans un fauteuil pendant une couple d'heure, matin et après-dîner : ces mouvements modérés et prudents ont presque toujours hâté le retrait de la matrice et les suites éloignées n'ont pas démenti le 1er effet utile.

On voit combien cela est contraire aux idées défendues par M. Keiffer.

Nous ne savons pas comment ont été soignées la centaine de femmes examinées par notre confrère et nous admettons qu'il ne s'est pas trompé dans cette énorme proportion de 3 à 4 pour 10 de matrices remontant le 10e jour à plusieurs travers de doigt au-dessus des pubis. Nous lui dirons seulement que dans notre service de la Maternité, avec le système suivi, il n'y en a pas 1 sur 10 présentant cette anomalie.

Quant aux conclusions de M. Keiffer, relatives à la *reprise des occupations ordinaires*, nous les acceptons d'autant plus volontiers que nous les avons déjà formulées ici en termes analogues. Au surplus, les voici *in extenso* :

Dans ce siècle de lutte à outrance, de rapacité féroce, il ne faut pas permettre que les milliers de femmes qui travaillent dans les usines, les ateliers, les fabriques, se sentent dans l'obligation, matérielle, de reprendre le travail quelques jours à peine après leur accouchement.

Il faut forcer les chefs d'industrie à protéger cette partie-là de l'existence de la femme ; il faut les mettre dans l'obligation, par des lois et des pénalités, de respecter la période de la génération jusqu'au complet rétablissement de la mère et jusqu'à ce que les conditions de nutrition, d'existence de l'enfant soient assurées.

La réglementation du travail des femmes dans les diverses industries ne pourra jamais mieux exercer son utilité que pendant la vie génitale de celles-ci.

De même, les assurances ouvrières contre les accidents, contre les maladies devraient reconnaître comme tels l'accouchement et ses suites.

Solde entière devrait être accordée à toute ouvrière pendant la durée de ses couches.

Mais pour arriver à une réglementation utile, équitable de part et d'autre, il faut précisément déterminer, d'après une base scientifique, cette durée des couches.

D'après nos recherches, elle doit varier avec le genre d'industrie des femmes et sous ce rapport il paraît logique de les classer en trois catégories différentes :

1° Les femmes dont le métier est rude et consiste à porter des fardeaux, à pousser des wagonnets, à battre des céréales, etc.

2° Les femmes dont les occupations n'exigent pas une dépense musculaire excessive, mais au moins la station debout continue. — Industries linières, papeteries, sucreries, servantes, chapelières, etc.

3° Les femmes dont le métier n'exige pas de grandes dépenses de force et qui permet la position assise : tailleuses, modistes, cigarières, fleuristes, apprêteuses, brodeuses.

La loi devrait protéger les premières pendant six semaines, les secondes pendant un mois, les troisièmes durant trois semaines.

Les 3 semaines constitueraient un minimum de repos, pendant lequel aucun chef d'industrie ne serait autorisé à ordonner la reprise du travail.

En outre, après tous les cas d'accouchement pathologique, il devait être délivré un certificat médical autorisant le travail.

Nous sommes seulement plus catégorique et nous réclamons les *six semaines* pour toutes les accouchées, quelle que soit leur profession, aussi bien pour les cigarières, les brodeuses, les tailleuses, les institutrices, etc., que pour les autres.

L'intérêt de la mère le demande et celui de l'enfant l'exige de la façon la plus impérieuse. N. Charles.

(*Journ. d'Accouch.*)

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(6ᵉ *article, voir les cinq numéros précédents.*)

—

Injections interstitielles du col de l'utérus,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire. — Indications des injections interstitielles du col de l'utérus, dans certains cas d'ectropion du col, dans certaines hypertrophies du museau de tanche, dans le cancer inopérable.

Contre-indications dans le cancer opérable, dans les tumeurs fibreuses et dans les lésions des annexes.

Utilité du séjour au lit le jour de l'injection.

Substances employées en injections interstitielles : ergotine, teinture d'iode, glycérine créosotée, acide picrique, teinture de thuya occidentalis, alcool, solution alcoolique d'acide salicylique, chlorure de zinc, acide phénique, pyoctanine. Choix à faire parmi ces diverses solutions : l'acide picrique pour les ectropions et les hypertrophies du col, l'alcool pour le cancer répondent aux principales indications et méritent la préférence.

Appareil instrumental : Seringue de Braun munie d'une aiguille spéciale. Spéculum à crémaillère.

Technique : Injection vaginale ; nettoyage du col ; anesthésie locale à la cocaïne, s'il y a lieu ; injection parenchymateuse : quantité de liquide à injecter en chaque point, quantité de liquide à injecter à chaque séance ; profondeur à laquelle on doit faire pénétrer l'aiguille ; pansement consécutif. Nombre des séances.

Interprétation du mode d'action des injections interstitielles. Hypothèse de Vulliet pour les injections d'alcool.

Résultats obtenus dans les ectropions et les hypertrophies du col.

Résultats obtenus dans le cancer : diminution des hémorrhagies ; diminution des écoulements fétides ; arrêt dans la marche des lésions du côté atteint par les injections.

Un mot sur les tentatives tout à fait récentes d'injections interstitielles de suc cancéreux ou de suc érysipélateux. Nécessité d'attendre la publication de faits plus nombreux et plus concluants. Danger que présenterait l'emploi du suc érysipélateux pour le cancer de l'utérus.

Préconisées, il y a une vingtaine d'années, surtout dans le traitement médical des tumeurs fibreuses hémorrhagiques, puis abandonnées à peu près complètement, les injections interstitielles ou intra-parenchymateuses du col de l'utérus ont été de nouveau conseillées dans ces dernières années et représentent, en effet, un moyen thérapeutique utile à employer dans certains cas bien déterminés.

Les *indications* des injections interstitielles du col sont, à notre avis, les suivantes :

1° Certains ectropions du col, de moyen volume, trop anciens pour céder aux scarifications suivies d'applications caustiques ou modificatrices, assez peu volumineux d'autre part, et n'entraînant pas d'accidents assez sérieux pour que leur ablation, par l'opération de Schrœder ou par toute autre opération, soit jugée nécessaire. Il convient d'ajouter que si l'endocervicite, qui accompagne toujours les ectropions, se compliquait d'une endométrite assez accentuée pour nécessiter le curettage, il y aurait lieu de faire, dans la même séance, l'ablation des ectropions et le curettage, ainsi que nous le faisons journellement, sans s'attarder à traiter médicalement les ectropions.

2° Les hypertrophies limitées du col, consécutives à la métrite cervicale, bien souvent dues à des ectropions modifiés et méconnaissables, peuvent être soumises au traitement par les injections interstitielles quand l'hypertrophie est assez peu accentuée pour que l'amputation du col ne soit pas indispensable.

3° Le cancer inopérable du col est l'indication la plus importante des injections intra-parenchymateuses ; aussi, comme nous allons le voir bientôt, est-ce dans cette affection qu'on a le plus souvent employé le moyen thérapeutique dont nous parlons, en utilisant tour à tour le chlorure de zinc, l'acide phénique, l'acide salicylique, la pyoctanine, l'alcool, etc. D'après nos observations personnelles, la forme végétante de l'épithélioma du col serait surtout justiciable des injections intraparenchymateuses, et c'est dans cette forme que ces injections sont les plus faciles à employer ; mais nous devons dire que les auteurs les ont également vantées dans la forme ulcérative et certains faits récemment publiés prouvent qu'elles peuvent rendre des services précieux, même dans ce cas.

Nous n'avons pas besoin de dire que tout cancer encore opérable doit être traité par l'ablation et non par les injections interstitielles. Les tumeurs fibreuses de l'utérus ne sont pas justiciables, à notre avis, des injections intra-parenchymateuses et c'est à juste titre qu'on les a abandonnées dans ce cas. Enfin, l'existence de lésions plus ou moins accentuées des annexes est une

contre-indication temporaire à l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Il est plus prudent de ne faire les injections interstitielles que chez les malades qui peuvent garder la chambre ou mieux encore le repos au lit le jour même de cette petite intervention.

Les substances employées en injections intra-parenchymateuses du col sont relativement nombreuses ; en discutant les avantages et les inconvénients de chacune d'elles, nous serons conduits à n'en conserver que deux qui remplissent les principales indications avec le minimum de danger : l'acide picrique pour les ectropions et les hypertrophies du col, l'alcool pour l'épithélioma inopérable.

L'ergotine (solution aqueuse à 1/2) a été vantée par Delore en 1877, dans le traitement des tumeurs fibreuses. Ces injections sont douloureuses et provoquent souvent des nausées et des vomissements, sans donner des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient par les injections hypodermiques d'ergotine, dans les mêmes cas ; elles sont donc à abandonner et nous n'en parlons ici que pour mémoire.

L'extrait aqueux d'ergot de seigle et la *teinture d'iode* ont été expérimentées par Mundé (de New-York) (1), mais l'intensité des douleurs, dans certains cas, et la crainte de voir survenir des complications inflammatoires péri-utérines ont déterminé l'auteur à cesser bientôt une médication dont les bienfaits ne semblaient pas très évidents.

J. M. Bennett (de Liverpool) a employé, dans la métrite cervicale chronique, une solution composée de 1 gramme d'*iodure* et 1 gramme de *bromure de potassium*, de 2 grammes de *teinture d'iode* et de 8 grammes d'eau ou de glycérine. Les résultats ont été favorables ; nous ne croyons pas cependant qu'ils soient supérieurs à ceux que donne l'acide picrique, qui est certainement plus analgésique que la solution iodo-bromo-iodurée.

M. Touvenaint a étudié, il y a quelques années, dans sa thèse, les injections interstitielles de *glycérine créosotée* au 1/3, pour le traitement des ectropions du col ; il a vu, sous l'influence de ces injections, les ectropions de moyen volume disparaître assez

(1) Mundé. *Petite Chirurgie gynécologique*, trad. de Lauwers. Bruxelles, 1890, p. 344.

rapidement ; mais cette médication est douloureuse, les malades sont gênées par le goût de créosote qui leur vient presque aussitôt dans la bouche ; il s'est produit quelquefois des syncopes qui doivent rendre circonspect dans l'emploi dè ce médicament.

La solution concentrée d'*acide picrique* à 1 0/0, préconisée par M. Chéron, ne provoque ni douleurs, ni nausées, ni goût désagréable dans la bouche et elle n'est suivie d'aucune réaction. A la fois modificatrice, antiseptique et analgésique, elle nous semble être la solution type à injecter dans les ectropions et dans les hypertrophies limitées du col.

La *teinture de thuya occidentalis*, utilisée dès 1883, par M. Chéron dans le traitement de l'épithélioma inopérable du col, a surtout donné de bons résultats dans la forme végétante ; on crut d'abord à une action spécifique du thuya occidentalis ; mais nous savons maintenant que les injections d'alcool, expérimentées depuis lors, produisent des effets identiques à celles de la teinture de thuya, en sorte qu'il n'y a aucune raison pour conserver ce médicament, au point de vue qui nous occupe, bien entendu.

Les mêmes remarques sont applicables aux *solutions alcooliques d'acide salicylique* à 6 % préconisées par Bernard (de Munich), en 1893 ; d'après les observations publiées jusqu'à ce jour, rien ne prouve que l'action soit différente de celles des injections d'alcool pur auquel il convient, par conséquent, d'accorder la préférence.

Le *chlorure de zinc* à 10 ou à 20 % doit être abandonné, parce qu'il détermine parfois des hémorrhagies profuses au moment de la chute des eschares qu'il produit.

L'*acide phénique* en solution plus ou moins concentrée a été expérimenté, mais n'a pas fait suffisamment ses preuves.

La *pyoctanine* en solution aqueuse à 1 p. 300 a donné de bons résultats dans un cas de Bachmaier (de Vienne) (1), mais ce médicament a été jusqu'ici peu employé en gynécologie et nous avons d'autant moins lieu de lui attribuer une action spécifique que ses effets se sont montrés très inconstants en chirurgie générale.

En définitive, les injections d'*alcool pur*, selon la méthode de Schultz (2), très bien étudiées par Vulliet (de Genève (3), nous

(1) Voir *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, février 1893, p. 116.
(2) Voir *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, août 1892, p. 507.
(3) *Nouv. arch. d'obst. et de gynécologie*, octobre 1894.

semblent devoir être préférées pour le traitement du cancer inopérable, de même que les injections d'acide picrique en solution aqueuse saturée sont, à notre avis, les injections-types pour le traitement des ectropions et des hypertrophies limitées du col.

L'*appareil instrumental* est très simple : une seringue à injections intra-utérines (la seringue de Braun par exemple), munie d'une aiguille suffisamment longue, remplit toutes les conditions pour appliquer le mode de traitement dont nous parlons. Le spéculum à crémaillère et à valves inégales du Dr Chéron est le spéculum de choix pour cette petite opération, car il permet de découvrir très largement le col, sans difficulté, même dans le cas de cancer, et il ne nécessite pas l'assistance d'un aide comme l'exige l'emploi des valves séparées de Sims ou des rétracteurs analogues. A ces deux instruments il faut ajouter les appareils à injections vaginales et les appareils de pansements déjà décrits dans nos précédents chapitres.

Technique. — Après avoir fait une *injection vaginale* antiseptique (voir le n° de mars 1895), on met largement le col utérin à découvert à l'aide du spéculum à crémaillère et à valves inégales, puis on nettoie le col avec de l'ouate hydrophile (voir le numéro précédent) ; on produit l'*anesthésie locale* avec un petit tampon de cocaïne laissé au contact du museau de tanche pendant cinq minutes et tout est prêt pour faire l'injection parenchymateuse.

Nous avons déjà expliqué les raisons pour lesquelles la solution de choix est, à notre avis, la solution aqueuse saturée d'acide picrique (1 %), pour les ectropions et l'hypertrophie du col et l'alcool pur pour le cancer inopérable.

La seringue de Braun est remplie de la solution choisie, armée de son aiguille convenablement flambée à la lampe à alcool.

La quantité de liquide à injecter dans chaque séance est de 4 à 5 gr., c'est-à-dire le contenu de la seringue de Braun.

La quantité de liquide à injecter en chaque point est de cinq à dix gouttes suivant la résistance que l'on rencontre à la pénétration du liquide.

L'aiguille doit être enfoncée jusqu'au contact du parenchyme dans les ectropions et l'hypertrophie du col (c'est-à-dire qu'elle

doit être sous-muqueuse) ; dans le cas d'épithélioma,on pénètre plus profondément, en traversant toute la partie ramollie pour arriver au contact des tissus normaux.

Si l'introduction de l'aiguille est suivie d'une petite perte de sang, on attend que le suintement sanguin soit arrêté avant de pousser le liquide ; de même, une fois le liquide injecté, il faut attendre quelques secondes avant de retirer l'aiguille, pour que le liquide ne ressorte pas en même temps qu'on retire l'aiguille.

Huit à dix injections sont faites à chaque séance ; dans les ectropions, si ce sont des ectropions qu'on veut modifier ; dans les petits kystes de Naboth, si on a affaire à une hypertrophie inflammatoire du col ; dans l'épaisseur des néoplasmes, en cas d'épithélioma. Ces injections sont faites du centre à la périphérie, à cinq, à dix millimètres de distance les unes des autres.

Comme pansement consécutif, un tampon de gaze iodoformée imbibée de glycérine est le pansement de choix dans les ectropions et dans l'hypertrophie simple ; dans l'épithélioma, nous préférons le pansement sec à la gaze iodoformée un peu serrée sur le col pour éviter toute hémorrhagie secondaire et nous conseillons de badigeonner, à la résorcine en solution aqueuse concentrée, toute la surface ulcérée, avant de bourrer le fond du vagin avec la gaze.

La malade doit garder la chambre le jour de l'injection intraparenchymateuse.

On fait une séance tous les quatre à cinq jours.

L'action des injections interstitielles du col est multiple et ce serait trop en restreindre l'importance que de les envisager seulement au point de vue antiseptique. Sans doute l'acide picrique, comme l'alcool, aseptisent les milieux avec lequel on les met en contact ; mais, en outre, ils déterminent une vaso-constriction énergique des capillaires de la région, (vaso-constriction rendue évidente par la décoloration brusque du col), et ils dessèchent et tannent en quelque sorte les tissus dans lesquels ils sont injectés. Cette explication sera facilement acceptée, pensons-nous, par tous ceux qui ont employé ces deux substances, pour faire des préparations histologiques.

M. Vulliet (1) a bien mis en relief l'action de l'alcool injecté

(1) *Loc. cit.*

dans les tissus cancéreux, et voici l'hypothèse plausible qu'il propose à ce sujet :

« L'alcool introduit localement, dans les tissus, dit-il, les déshydrate, les durcit et les racornit ; il détermine dans le point injecté des modifications parfaitement analogues, au degré près, à celles qui surviennent dans une préparation anatomique plongée dans l'alcool.

« Dans le tissu vivant soumis à une seule injection, les modifications sont de courte durée.

« Mais si l'injection est répétée souvent dans un même point, elle finira par y déterminer des changements histologiques durables, dont la cirrhose alcoolique du foie représente le type le plus connu, c'est-à-dire une prolifération et une transformation fibreuse du tissu conjonctif, prolifération qui entraîne l'atrophie des éléments propres du parenchyme.

« Cela étant admis, on admettra facilement aussi qu'en pratiquant dans un néoplasme cancéreux des injections alcooliques suffisamment rapprochées et fréquentes, on puisse déterminer dans son centre et autour de lui une cirrhose locale.

« Cette cirrhose aura pour effet de rétrécir les vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qui circulent au sein du tissu sclérosé, de diminuer par conséquent la circulation des sucs nourriciers, aussi bien dans le tissu infiltrant que dans le tissu infiltré.

« Si à cette diminution de la force trophique du néoplasme s'ajoute la production abondante d'un tissu fibreux, tissu qui a été de tout temps considéré comme opposant la meilleure barrière à l'envahissement du cancer, nous pourrons nous expliquer aussi bien que possible les effets obtenus par les injections intra-parenchymateuses d'alcool. »

Quoi qu'il en soit, les résultats thérapeutiques sont réellement encourageants : Les ectropions de moyen volume disparaissent souvent après une dizaine de séances ; les hypertrophies du col dues à la métrite cervicale chronique sont modifiées rapidement et la réduction de volume du col reste définitivement acquise, mais c'est surtout dans le cancer inopérable que les injections intra-parenchymenteuses sont supérieures à toute autre méthode de traitement palliatif. Les écoulements fétides, si péni-

bles pour les malades et pour leur entourage, diminuent notablement et surtout perdent leur fétidité dès les premières séances ; les suintements hémorrhagiques diminuent dans les mêmes proportions que les pertes sanieuses et leur odeur disparaît ; enfin, la marche des lésions subit un temps d'arrêt plus ou moins long du côté atteint par les injections. Malheureusement le cancer continue son évolution dans la profondeur et il n'y a pas à espérer de guérison complète : mais n'est-ce pas déjà beaucoup que de supprimer les symptômes les plus pénibles ?

Nous ne connaissons pas encore actuellement de faits d'injections interstitielles du *suc cancéreux* dans l'épithélioma du col utérin, la méthode tout récemment créée par MM. Richet et Héricourt (1) ne peut donc pas être discutée ici ; nous nous bornerons donc à faire des réserves au point de vue de la spécificité de ces injections jusqu'à ce que des observations plus nombreuses et plus démonstratives aient été publiées. Quant aux injections interstitielles de *suc érysipélateux*, préconisées par Fehleisen et Neisser, par Coley, et, plus récemment encore, par Emmerich et Scholl, nous pensons que l'on ne saurait les appliquer en gynécologie qu'avec les plus grandes précautions et en se servant de virus tout spécialement atténué, en raison du voisinage du péritoine.

Jusqu'à plus ample informé, les injections intra-parenchymateuses d'acide picrique et celles d'alcool nous paraissent donc remplir les principales indications et donner tous les résultats qu'on est en droit d'attendre de ce moyen thérapeutique.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Séance du vendredi soir 19 *avril* 1895.

M. Gaulard (de Lille). — **Scarlatine et albuminurie de la grossesse.** — Observation d'une jeune femme qui avait eu la scarlatine à la suite de laquelle de l'albumine avait paru

(1) *Académie des sciences.*

dans les urines. Grossesse, pas d'albumine. Elle entre en travail. Accouchement au forceps. Hémorrhagie avant la délivrance. Délivrance artificielle. Antisepsie rigoureuse. Au cinquième jour, élévation de température. Curettage. La température redevient normale pendant 10 jours. Le rein droit devient alors douloureux : albumine, fièvre, urémie. Rapidement apparaissent la diarrhée, des vomissements, du délire, attaques d'éclampsie, mort en peu de temps. C'est à la suite de ce cas que M. Gaulard résolut d'étudier les rapports de la scarlatine et de l'état puerpéral. Consulté par une jeune femme enceinte qui avait fait d'abord un avortement à cinq mois, puis avait accouché d'un enfant vivant à sept mois, accouchement suivi d'hémorrhagie avant la délivrance, il lui demanda si elle avait eu la scarlatine. Elle l'avait eue en effet, vers l'âge de 9 ou 10 ans, mais tout à fait ordinaire, sans aucune complication, disait-elle. M. Gaulard fit analyser ses urines ; elles contenaient 0,25 centigrammes d'albumine par litre. Malgré le régime lacté exclusif, la quantité d'albumine resta la même à peu de chose près. Arrivée à terme, cette femme accoucha heureusement, mais, un mois après, les urines contenaient 40 à 50 centigrammes d'albumine et quelques cylindres ; on retrouvait tous les signes du brightisme. Cette femme a guéri. N'est-il pas admissible, pense M. Gaulard, de supposer qu'à la suite de la scarlatine des lésions du rein ont persisté, mais sont restées inaperçues jusqu'au jour où une grossesse a dévoilé leur présence qui s'est manifestée par un avortement, par un accouchement prématuré, par une hémorrhagie ? Mais que serait-il arrivé si cette femme n'avait pas été soignée pendant sa troisième grossesse ? Peut-être aurait-elle succombé comme celle de la première observation. M. Gaulard pourrait rapporter d'autres observations. Ce qui frappe dans ces cas, c'est l'apparition précoce des phénomènes d'urémie. Il faut donc bien se rappeler qu'une attaque de scarlatine, même sans conséquences apparentes, met le rein dans un état de *minoris resistentiæ*. Une grossesse survenant dans ces conditions donne un coup de fouet à ces néphrites chroniques post-scarlatineuses. Brault, Siredey, etc., en ont publié des observations, il ne faut donc pas traiter légèrement les douleurs lombaires, mais surveiller les reins des femmes grosses qui ont eu la scarlatine.

M. Bar rappelle que depuis longtemps les médecins ont parlé

des suites tardives de la scarlatine, les accoucheurs ont aussi appelé l'attention sur ce point. Dans le livre de MM. Tarnier et Budin on trouve exposées les conséquences de cette maladie chez les femmes enceintes. M. Bar a vu des femmes qui avaient eu la scarlatine ne pas présenter d'albumine pendant leur grossesse. Au contraire, il a accouché 4 fois une femme qui à 18 ans avait eu la scarlatine la plus bénigne et la mieux soignée qu'il soit possible ; aucune trace d'albumine ne survint, lorsqu'à 20 ans cette personne devint enceinte et accoucha d'un enfant macéré. Les urines contenaient 0,75 centigr. d'albumine et cette quantité persista quoi qu'on fit. Seconde grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois, enfant vivant. Troisième grossesse, l'albumine avait persisté ; au septième mois, irrégularité des battements du cœur de l'enfant et mort. Depuis 10 ans, cette femme n'a pas cessé d'avoir ses 70 centigr. d'albumine ; le régime lacté n'y a rien fait. Aussi M. Bar se demande-t-il si on doit astreindre les malades à ce régime en dehors de l'état puerpéral.

M. Gaulard fait remarquer que dans deux de ses observations où le régime lacté n'avait pas été établi pendant la grossesse, une des femmes est morte et l'autre a failli mourir. La troisième femme, au contraire, qui a été soignée n'est pas morte et a eu un enfant grâce au lait.

M. Rivière connait un fait à rapprocher. Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'éclampsie après son premier accouchement. Guérison. Mais malgré le régime lacté longtemps prolongé, l'albumine a persisté à petite dose. L'année suivante elle a été envoyée à Saint-Nectaire ; à son retour il y avait comme avant 0,25 centigr. d'albumine dans les urines. Deuxième grossesse ; régime lacté et toujours 0,25 à 0,30 centigr. d'albumine. Accouchement à terme d'un enfant qui a vécu deux ans. Troisième grossesse datant d'il y a 3 ou 4 mois ; cette femme est toujours albuminurique, mais va bien, grâce au lait.

M. Gaulard. — Le danger, c'est que cette affection passe le plus souvent inaperçue. Les malades se portent très bien à les entendre. On se borne là et des accidents surviennent non seulement pendant la grossesse, mais pendant les suites de couches. C'est simplement ce danger que M. Gaulard a voulu signaler.

M. Bar. — **Recherches expérimentales d'anatomie pa-**

thologique sur les causes de la mort du fœtus dans l'éclampsie. — Au nom de M. Chambrelent (de Bordeaux). — Après avoir montré la mortalité considérable du fœtus ou de l'enfant nouveau-né lorsque la mère a été atteinte de crises d'éclampsie durant la grossesse ou au moment de l'accouchement, mortalité qui s'élève à près de 50 % d'après les diverses statistiques qu'il a pu relever, l'auteur se demande si les lésions placentaires qui ont été signalées suffisent à expliquer cette énorme mortalité fœtale. L'affection maternelle ne pourrait-elle pas retentir directement sur les fonctions de l'organisme fœtal et en troubler le jeu régulier. Dans une première série de recherches expérimentales, l'auteur a montré que de même que pour la mère, la toxicité du sang du fœtus était manifestement augmentée lorsqu'il provenait d'une femme ayant présenté des accidents d'auto-intoxication éclamptique. Dans un cas même, le sang du fœtus s'est montré encore plus toxique que le sang de la mère et il a suffi de 3 centimètres cubes de sérum pour amener la mort rapide de 1 kilogr. de lapin. Les éléments toxiques paraissent exister dans le sang du fœtus, il était naturel de rechercher si les lésions aujourd'hui bien connues que présentent les organes, particulièrement le foie et les reins des femmes éclamptiques, ne se retrouveraient pas chez l'enfant. Avec la colloboration du D[r] Cassaët (de Bordeaux) l'auteur a eu occasion d'examiner au point de vue histologique les organes de quatre fœtus nés de mères éclamptiques. Or, dans ces quatre cas, ces auteurs ont constaté des lésions manifestes du foie et des reins, se rapprochant de celles qui ont été décrites dans l'éclampsie maternelle par MM. Pilliet et Bouffe de Saint-Blaise. La description complète de ces lésions fera d'ailleurs le sujet d'un mémoire plus complet, que MM. Cassaët et Chambrelent publieront prochainement.

M. Favre (de La Chaudefond, Suisse) fait une communication sur **les causes de l'éclampsie puerpérale.** — Chez deux femmes mortes d'éclampsie, il a trouvé à l'autopsie l'uretère oblitéré ou comprimé. Ce serait là une des causes de l'éclampsie. Mais de plus, M. Favre fait jouer un grand rôle aux microbes, surtout à ceux qu'il a trouvés, mais qu'il n'a pas décrits et dont il n'a pas donné la physiologie, ce que lui reproche M. Bar.

M. FOCHIER (de Lyon). — **Sur une forme anormale de toxémie gravidique.** — Observation d'une femme qui a eu une première grossesse il y a 6 ans. Depuis, pas de règles, troubles psychiques. Elle redevint enceinte, troubles de la vue, régime lacté. Eclampsie. Malgré le chloral, la saignée, injection de sérum (800 gr.) la température monte rapidement à 40, 41°, stertor, pouls incomptable. On plonge la malade dans un bain froid à 25 degrés. En 10 minutes, le pouls tombe à 100, puis à 80. On s'empresse de sortir la femme du bain, son intelligence semble revenir ; 2 heures plus tard, on reprend le bain, mais à 32° et effusions froides sur la tête, durée de demi-heure au moins. Le mieux augmente. Enfin on arrive ainsi à la guérison. M. Fochier n'a rien fait au point de vue obstétrical. Il fait remarquer le danger des bains froids dans ces cas. Il faut employer les bains tièdes.

M. GAULARD a eu dans son service une femme infectée par un candidat. Après l'accouchement, frisson ; température de 40, 41 degrés après curettage. Bains refroidis progressivement jusqu'à 20 degrés pendant 15 jours. Dans l'intervalle, il a vu se produire un gonflement de la région parotidienne où bientôt une collection de pus s'est formée. Il l'a incisée et la femme a guéri. M. Gaulard demande à M. Fochier à quoi est due la guérison dans ce cas, est-ce aux bains froids, est-ce à la formation de l'abcès, deux méthodes également lyonnaises ? Il ajoute que plusieurs fois il a eu recours aux injections fixatrices de M. Fochier et il n'a pas obtenu le résultat qu'amènent les abcès spontanés. Dans un cas où il avait fait des injections de thérébentine, la femme est morte avec deux magnifiques phlegmons qu'on allait ouvrir.

M. FOCHIER. — Il ne faut pas employer les bains froids quand il y a de grandes oscillations, mais seulement quand la température forme un plateau élevé. Il faut être plus timide dans leur emploi que dans la fièvre typhoïde. Les grands abaissements qui sont dangereux n'existent pas dans cette dernière maladie.

M. QUEIREL (de Marseille). — **La grippe et l'état puerpéral.** — M. Queirel a assisté à une épidémie d'influenza. 35 femmes puerpérales ont été atteintes. Chez toutes ces malades il y a eu des localisations pulmonaires dont 2 broncho-pneumonies. Aucune n'est morte. 11 femmes ont accouché avant terme, les autres à terme. Les membranes se sont rompues quatre fois sous l'influen-

ce des efforts de toux. Une femme symphyséotomisée a été atteinte de pneumonie pendant les suites de couches. Une femme a eu des manifestations gastriques ; son enfant a eu un érysipèle. Il ne s'est pas produit un seul cas de suppuration chez ces femmes puerpérales. M. Queirel se sert du sublimé pour les injections vaginales et utérines ; il ne fait ces dernières que lorsque la température s'élève. Peut-être est-ce à cette pratique qu'il doit de n'avoir pas vu de cas d'infection.

M. Gaulard demande à M. Queirel s'il connaît des moyens de distinguer les affections puerpérales des affections grippales. Il a eu aussi à sa clinique de Lille une épidémie d'influenza. A l'inverse de M. Queirel il n'a pris chez ses malades aucun soin particulier du côté des organes génitaux ; il a eu recours simplement à l'antipyrine et en trois jours les femmes guérissaient. Mais on peut prendre pour de l'influenza ce qui est de l'infection, d'où danger, le traitement n'étant pas le même.

M. Queirel a observé des syndromes particuliers ; dans certains cas, on aurait dit un début de variole ; d'autres fois c'était une angine, etc., mais il n'y avait jamais rien du côté des organes génitaux.

M. Sébillotte (de Paris). — **De l'assistance obstétricale à domicile dans le deuxième arrondissement de Paris.** — L'auteur conclut qu'on devrait charger spécialement des médecins du service obstétrical à domicile.

M. Demelin, au nom de M. Tsahiris, présente un instrument pour le dégagement du siège décomplété mode des fesses.

M. Budin (de Paris. — **De la rétention d'un cotylédon placentaire dans la cavité utérine. Difficulté du diagnostic dans certains cas.** — Un cotylédon peut, au moment de la délivrance, rester adhérent à la paroi utérine. Tantôt ce cotylédon s'est détaché de la masse du gâteau placentaire, tantôt il est constitué parce que l'on appelle un cotylédon accessoire. Dans le premier cas, l'examen de la surface utérine du placenta permet, en général, de constater la lacune due à l'absence du cotylédon. Dans le second cas, le diagnostic peut être fait à l'aide de l'excellent signe indiqué par M. Tarnier en 1882 (Acad. de Méd., séance du 21 février) : si on examine le pont membraneux se ren-

dant du placenta au cotylédon accessoire, on y trouve des rameaux des vaisseaux ombilicaux qui relient le placenta principal supplémentaire. Parfois cependant le diagnostic est bien difficile, sinon impossible à faire.

A. Le 26 février 1891, à 6 h. 50 du matin, entrait à l'hôpital de la Charité une jeune femme de 19 ans, primipare et en travail. L'enfant qui se présentait par le sommet en O. I. D. P. fut expulsé spontanément à 9 h. 1/2. A 9 h. 40, quand on voulut faire une injection, la canule fut arrêtée par le placenta descendu tout entier dans le vagin ; l'aide sage-femme, Mlle Hénault, termina alors la délivrance. A l'examen de l'arrière-faix, la surface utérine du placenta recouverte de caillots parut absolument complète ; quant aux membranes, elles existaient en totalité, la déchirure qui avait permis le passage du fœtus arrivait jusqu'au bord du placenta. Une très légère hémorrhagie, survenue après l'expulsion de l'enfant, se continua après la délivrance ; une injection chaude la fit cesser. A 4 heures de l'après-midi, l'aide sage-femme venue pour faire la toilette trouva que l'utérus, très volumineux, remontait à droite jusque sous les fausses côtes. La malade n'ayant pas uriné, on pratiqua le cathétérisme et on retira environ 1 litre d'urine. L'utérus s'abaissa. Néanmoins, il resta volumineux, et comme son fond dépassait l'ombilic, on pratiqua l'expression qui détermina la sortie d'une notable quantité de caillots. Deux doigts de la main droite introduits dans le vagin complétèrent l'extraction du sang coagulé. La main gauche ayant redressé le corps de l'utérus, puis l'ayant abaissé, on pénétra dans la cavité cervicale avec l'index et le médius droits. On y trouva une partie plus résistante qui flottait au niveau de l'orifice interne : on chercha à la dilacérer et une petite partie ayant été entrainée au dehors on reconnut qu'elle était constituée par du tissu placentaire. Comme l'arrière-faix avait été mis de côté pour être vu par moi le lendemain matin, on alla le chercher afin de l'examiner plus attentivement. On le leva pour le débarrasser des quelques caillots qui étaient à sa surface. On vit alors que sur une partie de son pourtour la surface utérine ne se terminait pas en pente douce, mais à pic, et cela sur une étendue de 3 cent., environ. En regardant les membranes par transparence, on n'y voyait pas de gros vaisseaux, mais sur leur face utérine il y avait des filaments blanc-grisâtres qui pouvaient être pris pour du tissu de la

caduque. Cependant, à chaque extrémité de cette partie qui se trouvait ainsi à pic, on voyait aboutir l'ouverture du sinus circulaire ; il devait donc manquer une portion de cotylédon placentaire. On retourna près de l'accouchée, on la mit dans la situation obstétricale, on introduisit deux doigts dans la cavité utérine et on arriva sur un cotylédon adhérent qu'on détacha facilement et qui s'adaptait exactement sur le bord du placenta. Une injection intra-utérine fut faite après qu'on se fût assuré qu'il ne restait plus rien dans la cavité de la matrice. Les suites de couches furent absolument normales. Il m'est arrivé plusieurs fois de montrer aux étudiants des cas analogues dont le cotylédon en partie détaché du bord du placenta y était cependant resté adhérent. Si on complétait la séparation, on voyait qu'il aurait pu être très facile que le cotylédon restât dans la cavité utérine et qu'on ne s'en aperçût point. — B. Il existe quelquefois des cotylédons accessoires placés tout près du bord du placenta et dont la circonférence petite touche la grande circonférence du placenta. Dans ce cas, si le cotylédon reste dans la cavité utérine, on ne voit au niveau de sa surface d'insertion sur les membranes que des filaments blanchâtres. Ces filaments eux-mêmes ne sont plus guère visibles lorsque du sang a barbouillé la surface des membranes. C'est en vain que dans ces cas on cherche par transparence des vaisseaux sur les membranes ; il n'en existe pas, car les artères et les veines pénétraient dans ce cotylédon supplémentaire par le point de sa circonférence qui était en contact avec le bord du placenta. Donc dans ces cas, à l'examen du placenta, on voit que les cotylédons sont au complet ; à l'examen des membranes, on ne voit pas de vaisseaux cheminant à leur surface et on ne trouve pas d'ouvertures déchirées du sinus circulaire ; il est donc bien difficile de reconnaître qu'un cotylédon est resté dans la cavité utérine.

C. — Un cotylédon accessoire, qui était inséré loin du bord du placenta, put encore être retenu dans la cavité utérine quand les membranes qui le rattachaient au reste du placenta se sont déchirées sur le bord de cet organe. En voici un exemple : En mars 1893, nous avons assisté aux environs de Paris une dame secondipare ; l'accouchement fut spontané, le placenta arrivé à la vulve fut très facilement extrait. On constata que les membranes étaient déchirées et qu'une petite quantité était restée dans l'u-

térus. Les suites de couches furent normales. Le huitième jour, il y eut seulement un écoulement sanguin un peu exagéré, et le dixième, les membranes étaient expulsées. Le lambeau qu'elles formaient avait environ 10 centimètres de longueur sur 5 de largeur. Or, à 7 centimètres environ du bord qui était en rapport avec le placenta, se trouvait un petit cotylédon supplémentaire ayant le volume du pouce. De ce cotylédon partaient des vaisseaux qui, cheminant sur les membranes, allaient gagner le bord qui avait été adhérent au placenta. L'examen de l'arrière-faix attentivement pratiqué n'avait nullement fait soupçonner qu'un cotylédon accessoire était resté dans la cavité utérine. Donc, dans certains cas, un cotylédon peut être retenu dans la cavité utérine et il n'est point facile de s'en apercevoir. Si l'antisepsie est bien faite, ces cotylédons peuvent être éliminés sans déterminer d'autres accidents que des tranchées et des écoulement sanguins. Mais quelquefois, des phénomènes d'infection surviennent, les lochies sont alors plus ou moins fétides, quelquefois elles ne le sont que peu ; il y a plus ou moins de fièvre ; le pouls devient plus fréquent ; la température s'élève légèrement ou beaucoup ; l'état général est déprimé et si on pratique l'examen bimanuel, on est frappé, quoique plusieurs jours se soient passés depuis l'accouchement, de la perméabilité de l'utérus : l'index pénètre facilement dans la cavité utérine. En présence de ces symptômes, on peut penser à la rétention d'un cotylédon placentaire et, sans hésiter, on doit explorer la cavité de la matrice en ayant au besoin recours au chloroforme. Il est facile alors de détacher le cotylédon, d'écouvillonner l'utérus et les symptômes pathologiques disparaissent.

M. Maygrier (de Paris). — **Statistique du service de la Pitié en 1893-94.** — Pendant ces deux années, le nombre d'accouchements pratiqués à l'hôpital de la Pitié a été de 758 ; j'élimine 3 femmes apportées mourantes. A vrai dire, il y a eu 695 accouchements (dont 6 gémellaires) avec 15 accouchements faits en dehors et 63 avortements[1] dont 10 avaient eu lieu hors du service. Les interventions ont été les suivantes : 11 accouchements prématurés, 63 forceps, 1 levier, 9 versions, 5 basiotripsies, 25 délivrances artificielles, 2 symphyséotomies. On a relevé 6 cas d'éclampsie (tous guéris), 7 placentas prævia (avec 2

morts), 1 rupture du sinus circulaire, 3 hydramnios, 10 procidences, 5 rigidités du col. Voici les résultats : sur ces 758 femmes, 749 sont sorties bien portantes, 9 ont succombé (1 cancer de l'estomac, 2 embolies pulmonaires, 2 placentas prævias, 3 septicémies puerpérales, 1 affection cardiaque). La mortalité générale a été de 1,18 % et la mortalité par septicémie de 0,28 % ; encore tous les faits de septicémie se sont-ils produits hors de l'hôpital. Quant à la morbidité, qui n'a été relevée que pour 1893, elle a été de 3,66 0/0 : mais 5 femmes ayant été apportées infectées, le chiffre de la morbidité hospitalière s'abaisse à 2,25 0/0. Enfin pour les enfants, la mortalité générale a été de 12,94 0/0 : mais si l'on déduit les enfants nés morts (macérés ou non), on n'a plus qu'une mortalité de 9 0/0.

Séance du samedi soir 19 *avril* 1895.

Election d'un deuxième vice-président (province). Trente votants. M. Gaulard (de Lille) est élu par 19 voix contre 8 à M. Herrgott (de Nancy), 2 à M. Queirel (de Marseille), 1 à M. Marduel (de Lyon).

M. Guéniot (de Paris). — **La viciation pelvienne dite oblique-ovalaire est-elle une contre-indication absolue à la symphyséotomie** — M. Guéniot rapporte l'observation d'une femme de 24 ans, enceinte de 8 mois 1/2 dont le premier accouchement avait été terminé par une basiotripsie sur un enfant mort. Cette femme avait un bassin oblique-ovalaire. L'auteur provoqua l'accouchement prématuré avec la sonde ; une heure après son introduction, le travail se déclarait et continuait jusqu'à la fin. Mais la tête restait élevée. Sans avoir essayé ni le forceps, ni la version, M. Guéniot fit la symphyséotomie, assez inquiet cependant sur l'état de la symphyse sacro-iliaque. Après assez de difficultés, il finit par trouver la symphyse et en fit la section : écartement maximum de 4 centim. ; extraction au forceps d'un enfant vivant. Suites de couche absolument normales. 32 jours après l'opération, la femme quittait l'hôpital bien portante. Le bassin oblique-ovalaire ne constitue donc pas une contre-indication à la symphyséotomie. Reste à savoir si l'articulation était ankylosée. En tout cas, l'une des deux a pu jouer assez pour don-

ner un écartement pubien de 4 centim. Une seconde symphyséotomie a été pratiquée par M. Potocki sur cette même femme à terme, 15 mois après la première. Il réussit très bien. On put voir alors que la symphyse était bien consolidée ; mais sur la partie postérieure, existait une bande épaisse de tissu fibreux qui consolidait l'articulation ; cela compliqua un peu l'opération. M. Bonnaire a observé un cas semblable dans le service de M. Budin à la Charité.

M. Fochier, à l'occasion de l'écartement unilatéral, remarque que les dangers signalés par MM. Pinard et Farabœuf, ne sont pas certains, comme le montre l'observation de M. Guéniot et les recherches anatomiques que lui-même a faites à ce sujet, lui ont prouvé que l'ischio-pubiotomie était une opération inutile.

M. Maygrier (de Paris).—**Note sur un cas d'enchâtonnement et de forme insolite du délivre.**— Il s'agit d'une femme de 27 ans, amenée, non délivrée, dans un état grave. A 21 ans, elle avait eu une première grossesse terminée par un avortement de 2 mois. Sa seconde grossesse fut marquée, dès le cinquième mois, par des pertes de sang, revenant brusquement à intervalles irréguliers. A 7 mois, perte d'eau abondante bientôt suivie de contractions utérines. Travail. Accouchement spontané d'un enfant vivant de 1,460 grammes. Demi-heure après l'expulsion du fœtus, la délivrance ne se faisant pas, la sage-femme qui assistait la malade, tire sur le cordon qui se casse. Elle essaie de faire la délivrance artificielle, mais n'arrive qu'à décoller une partie du placenta ; ce qui amène une hémorrhagie. Un médecin, appelé, veut faire la délivrance, mais trouve le col fermé et envoie la femme à l'hôpital. Elle arrive très anémiée, mais ne perdant plus. M. Maygrier prévenu dit de tenter la délivrance sous le chloroforme et d'employer si c'est nécessaire le ballon de Champetier pour dilater l'orifice utérin. L'interne arrive à mettre la main dans le col, mais au-dessus, l'anneau de Bandl est rétracté. Le ballon de Champetier est introduit. On le retire à 6 heures du soir ; l'orifice n'est pas encore assez dilaté. Un second ballon est introduit quand on l'extrait, la sage-femme de garde peut enfin passer la main dans l'utérus. Là elle rencontre un deuxième orifice, c'est celui de la corne droite de la matrice, où se trouve enchâtonné le placenta. Elle y pénètre, décolle le délivre et l'amène au

dehors. Cet arrière-faix présente une forme tout à fait singulière, celle de la corne utérine où il se trouvait inséré. Le cordon prenait insertion sur les membranes. Cette femme est sortie en bon état. L'enfant avait succombé le quatrième jour. Remarques. *a*) Les hémorrhagies survenues chez cette femme pendant la grossesse pouvaient faire croire à une insertion vicieuse du placenta, tandis qu'elles étaient dues à un décollement partiel résultant de la situation du délivre dans la corne utérine. *b*) Il ne faut jamais tirer sur le cordon. C'est ici ce qui a amené l'enchâtonnement du placenta dans la corne droite de l'utérus et la rétraction de l'anneau de Bandl. *c*). Utilité du ballon de Champetier qui a permis de dilater l'orifice utérin et que dans un cas analogue, on pourrait peut-être introduire dans l'orifice de la corne utérine. *d*). Enfin la forme singulière du placenta que M. Maygrier n'a rencontré nul part.

M. Herrgott (de Nancy). — Au musée de Nancy, il existe un cas plus complet, car on y voit l'utérus contenant le placenta cause de la mort de la femme. L'épaisseur du tissu utérin rétracté et la minceur extrême de la poche où se trouve le placenta expliquent très bien l'enchâtonnement. Il y a une différence énorme dans l'épaisseur des tissus : le tissu utérin rétracté a 3 centim. d'épaisseur tandis que la paroi de la poche a 2 ou 3 millim. Cette disposition fait aussi comprendre combien grave est l'intervention. C'est pourquoi Schultze a préconisé, dans ces cas la laparotomie, l'opération césarienne pour ouvrir cette corne utérine comme un abcès placentaire. Ce sont des cas très graves et très dangereux en raison de la paralysie d'une partie du muscle utérin. Mais avec le ballon de Champetier, comme le conseille M. Maygrier, peut-être pourrait-on arriver avec moins de difficultés à extraire le placenta et à éviter ainsi la laparotomie.

M. Gaulard a vu un cas comme celui observé par M. Maygrier et qui s'est terminé par la mort. Ayant mis la main dans la cavité utérine pour pratiquer la délivrance artificielle, il trouve le placenta enchâtonné dans la corne droite. Impossible d'introduire plus de deux doigts, quelques cotylédons seulement peuvent être extraits. Cette femme apportée infectée est morte de septicémie.

M. Tarnier (de Paris). — **Observations d'opération césa-**

rienne.—*Première observation.*—Femme de 37 ans, ayant marché à 7 ans. Cinq grossesses toutes arrivées à terme ; enfants de 9 à 10 livres. Enceinte une sixième fois presque à terme. Perd de l'eau rousse depuis deux mois. Bassin normal. Col cancéreux. Opération césarienne avant le travail. Drainage de l'utérus par le vagin. Ergotinine. Dans la journée qui suit, quelques lypothymies que la malade attribue au besoin de manger. Guérison. Enfant parti vivant. *Deuxième observation.* Femme à sa sixième grossesse. Cancer du col envahissant le segment inférieur. Entre en travail avant terme. Opération césarienne. Guérison. L'enfant de 2,020 grammes, extrait vivant succombe à une hémorrhagie méningée survenue spontanément, chose à noter, car quand on fait une intervention, forceps, version, etc., si l'enfant meurt d'une hémorrhagie méningée, on accuse toujours l'opération d'en être la cause, ce qui n'est pas exact.

Troisième observation. — Primipare de 38 ans. Gros corps fibreux remplissant la cavité pelvienne et débordant le détroit supérieur. Col repoussé en haut et en avant. Cette femme entre en travail, pas de dilatation, perte des eaux. Disparition des battements fœtaux. Opération césarienne. Suite de couches d'abord normales, puis élévation de température, 38°8 ; lochies un peu fétides. Injections intra-utérines pendant laquelle cyanose, syncope, respiration gênée. Diagnostic d'embolie pulmonaire. Mort la nuit suivante. A l'autopsie, pus nulle part, péritoine rouge, embolie pulmonaire très grosse. La péritonite a-t-elle été pour quelque chose dans cette mort ? C'est peu probable. La soudaineté des accidents permet de l'attribuer à l'embolie.

Quatrième et cinquième observations. — Deux opérations césariennes sur la même femme. Primipare de 30 ans, petite, grêle, a marché à 3 ans, rachitique. Bassin très déformé. Les pubis font une telle saillie en avant qu'on peut les saisir entre les doigts ; les ischio-pubiennes sont très rapprochées : 4 cent. de diamètre bi-ischiatique. Le promonto sous-pubien mesure 8,5 cent. A la face postérieure des pubis, de chaque côté de l'articulation, existe une saillie, un relief de un centimètre formé par la branche horizontale du pubis, ce qui réduit d'autant le diamètre antéro-postérieur ; le sacrum est plié de bas en haut ; de chaque côté les lignes innominées font une saillie convexe ; gouttière près de l'articulation sacro-illiaque. Quel diagnostic porter ? Avions-nous affaire à un

bassin rachitique à forme pseudo-ostéomalacique ? Jeune, cette femme a été touchée par le rachitisme, mais peu, et cela n'explique pas la grande déformation du bassin. De plus, la malade raconte que vers 15 ans elle a été atteinte de faiblesse des membres inférieurs, elle a été obligée de s'aliter, ne pouvant plus marcher et est restée ainsi pendant cinq ans, jusqu'à vingt ans ; elle est alors guérie et a repris sa vie ordinaire. M. Tarnier pense que cette femme faiblement rachitique a été prise à 15 ans d'ostéomalacie. A sa première grossesse, la basiotripsie fut repoussée. Depuis l'antisepsie on fait l'opération césarienne ou la symphyséotomie. Cette dernière était dans ce cas peu indiquée. L'opération césarienne fut pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. Cet enfant a été revu plus tard, il a une grosse tête, une trop grosse tête, de la parésie des membres. Peut-être faut-il incriminer la syphilis dont le père était atteint. Cette femme redevenue enceinte, l'opération césarienne fut pratiquée une seconde fois. M. Tarnier se demanda alors s'il ne devait pas lui enlever ses ovaires pour qu'elle ne risque pas sa vie une seconde fois. Le mari s'y opposa. Opération. Suites de couches très bonnes. La malade sort avec son enfant qui était dans un meilleur état que le premier. Troisième grossesse. Sur quelques reproches qui lui furent faits, on n'a plus revu cette femme. Elle s'adressera problement à un autre accoucheur, et M. Tarnier serait curieux de savoir si son collègue se décidera pour une autre opération.

Réflexions. — 1° Pour les cinq opérations, M. Tarnier a été aidé par MM. Maygrier, Bar, Bonnaire, Démelin, c'est dire qu'il a été admirablement secondé, et c'est là une des plus grandes chances de succès. 2° Il opère avant le travail de l'accouchement. 3° Il fait l'incision abdominale un peu haut, à 3 cent. de l'ombilic. Arrivé sur l'utérus, il y fait une boutonnière dans laquelle il met deux doigts destinés à guider les ciseaux qui vont achever la section. C'est le meilleur moyen d'éviter l'hémorrhagie en allant vite. 4° Quand l'opération est presque terminée, injection d'ergotinine, dès que l'enfant et le placenta sont extraits. 5° Pansement abdominal aussi complet que possible, enlevé seulement huit ou dix jours plus tard, en même temps on enlève les points de suture.

M. Rivière. — M. Tarnier nous a parlé de femme à terme ou près du terme. Mais quelle conduite tiendrait-il en présence d'une femme enceinte de cinq mois, avec un cancer du col ? La laisse-

rait-il aller à terme pour pratiquer l'opération césarienne, ou bien ferait-il immédiatement l'hystérectomie ?

M. Tarnier estime qu'enlever un cancer utérin est le plus souvent une opération inutile. On peut d'ailleurs faire l'ablation du col pendant la grossesse et attendre le terme.

M. Guéniot a fait deux fois l'opération césarienne sur deux femmes différentes (4 opérations). Chez une naine, les deux fois les enfants sont nés avec les apparences du rachitisme. Le père était un fort bel homme, qui désirait avoir des enfants et avait grand intérêt à en avoir. Or, l'accoucheur était-il en droit d'enlever les ovaires à cette femme ? Ce serait un point à discuter.

M. Tarnier. — Quel que soit l'intérêt du mari à avoir beaucoup d'enfants, il y a là question de liberté individuelle. Il faut respecter la volonté de la femme.

M. Herrgott. — Il est généralement admis aujourd'hui qu'il appartient à la femme seule de décider si elle veut subir telle ou telle opération.

M. Treub. — Au point de vue technique, il y a un moyen efficace d'empêcher de nouvelles grossesses sans enlever les ovaires, c'est de sectionner les trompes entre deux ligatures.

M. Gaulard rappelle une observation rapportée par Kaberlé, où le moyen dont parle M. Treub fut la cause d'une grossesse extra-utérine ; la cicatrisation de la trompe n'avait pas été complète. Quant à la question morale, elle lui semble de la plus grande importance.

(*A suivre.*) (*Progrès méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er *mai* 1895.

Fistules urétéro-vaginales.

M. Ricard. Au point de vue anatomique, je dirai qu'après les recherches que j'ai pu faire, c'est lorsque sur les confins du ligament large, on place une pince un peu à l'angle que l'on atteint l'uretère.

Au point de vue clinique comment reconnaître que la fistule siège dans l'uretère. Est-ce en injectant du liquide coloré dans la vessie ? Ce signe ne me paraît pas pathognomonique, et j'en veux

pour preuve une observation de M. Tuffier, qui lia d'emblée l'uretère pour atrophier la vessie, croyant avoir affaire à une fistule urétérale et qui, disséquée plus tard, montra qu'il existait en même temps une fistule vésicale ; or, celle-ci n'avait pas donné d'issue au liquide coloré injecté.

Je peux citer une autre opération faite à un hôpital libre dans laquelle, à la suite d'une hystérectomie vaginale, survint une très large fistule vésico-vaginale. Elle fut prise pour une fistule urétérale opérée quatre fois sans succès. Or, cette prétendue fistule urétérale était une vésicule dont j'obtins l'oblitération par deux interventions.

M. Tuffier. La discussion engagée a dévié sur le manuel opératoire de l'hystérectomie. Je ne veux pas en parler. M. Lejard en a parlé beaucoup mieux que je ne le ferais moi-même.

Je maintiendrai la plus grande fréquence de la blessure de l'uretère droit que du gauche, puisque sur 28 cas il y a 7 cas d'uretères blessés à droite. C'est donc que le manuel opératoire est plus difficile à droite qu'à gauche.

Quant aux plaies latérales de l'uretère, que l'on m'a refusées, elles existent et se réparent spontanément. Les sections incomplètes chirurgicales ou accidentelles de l'uretère se guérissent spontanément.

Il y a un moyen de s'assurer de la vitalité de la fistule urétérale c'est d'employer la cystoscopie, si facile chez la femme, et de faire le cathétérisme de l'uretère et de constater l'apparition de la sonde dans le vagin.

Quant à la thérapeutique, la néphrectomie est rejetée par tout le monde, comme opération primitive.

Je crois que la voie vaginale est possible, que l'on peut suturer l'uretère dans la vessie, et c'est seulement quand cette voie est impossible, qu'il faut avoir recours à la voie abdominale.

Quant à l'abouchement dans l'intestin, ce n'est qu'une méthode de pis-aller.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Reynier. Dans la dernière séance, M. Richelot nous a donné un procédé qu'il considère comme définitif pour l'hystérectomie abdominale totale. Je reprocherai la difficulté qu'il peut y avoir

à saisir toute une hauteur de ligament large fortement distendu. Aussi préférerais-je la méthode de Lauphear qui fait une ligature intra-abdominale du tiers supérieur du ligament large ; ce qui met à l'abri de la difficulté de saisir le ligament large d'une seule pièce.

Aussi je pense que les fibrômes de moyen volume ne s'élevant qu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis doivent, je le reconnais, bien se prêter aux manœuvres de Richelot. Mais ne vaut-il pas mieux, dans ce cas, se contenter de les enlever par la voie vaginale et éviter l'incision abdominale ? Mais pour les énormes fibrômes qui s'élèvent jusqu'à l'ombilic, ou le dépassent, peut-il dire que son procédé est toujours applicable ?

Ce premier temps peut être très long, très laborieux, et expose quelquefois à de grosses pertes de sang. Ne vaut-il pas mieux, dans ce cas, revenir au procédé de Bailly, que j'emploie, qui certes est moins brillant, mais très rapide ?

(*La Revue médicale.*)

Séance du 5 juin.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE.

M. Ricard. — L'intéressante communication faite il y a quelques semaines par M. Richelot à la Société de Chirurgie remet sur le tapis la question du traitement chirurgical des fibrômes utérins.

On peut diviser en deux groupes les différents procédés que l'on a proposés. Dans le premier groupe doivent être rangés tous les procédés dans lesquels on fait l'hystérectomie partielle et dont deux, surtout, doivent être cités : l'hystérectomie avec pédicule externe et l'hystérectomie avec pédicule réduit. Ces deux procédés tendent de plus en plus à être abandonnés par les chirurgiens. Ce ne sont, en effet, que des procédés de nécessité dont les suites immédiates comme les suites éloignées peuvent être graves. Je n'y insisterai pas.

Dans le second groupe, il faut classer les méthodes opératoires qui consistent à faire l'hystérectomie totale ; ce sont ces dernières méthodes qui ont de plus en plus la faveur des chirurgiens. Mais quelle voie convient-il mieux de prendre quand on veut faire

l'hystérectomie totale? Est-ce la voie vaginale? Est-ce la voie abdominale?

On tend à admettre aujourd'hui, d'une façon à peu près définitive, que le vagin est la voie de choix pour l'extraction des petits fibromes utérins dont la masse reste localisée au-dessous de l'ombilic.

L'accord n'est pas aussi parfait quand il s'agit d'enlever un fibrome sous-ombilical. Il semble que l'on doive rapporter ici toutes les méthodes proposées à deux procédés : d'une part, on peut suivre la voie abdomino-vaginale comme l'ont fait Péan et Chaput. Mais, je le dis tout suite, l'idéal n'est pas, selon moi, dans une pareille voie qui a le gros inconvénient de faire passer l'opérateur alternativement de l'abdomen dans le vagin. D'autre part, on peut suivre uniquement la voie abdominale et c'est à l'hystérectomie abdominale totale que j'accorde la préférence dans le traitement des gros fibromes utérins.

Mes préférences, d'ailleurs, ne vont pas sans preuves à l'appui. En Amérique, l'hystérectomie totale par la laparotomie est d'usage courant, et quelques-uns de nos confrères de la province s'en trouvent fort bien. Pour mon compte personnel, je l'ai pratiquée jusqu'ici dix fois. Ma statistique comporte un décès. Je veux vous en donner le détail, parce qu'il en sort, à mon avis, un grand enseignement.

Dans le cas dont il s'agit, en effet, au cours de l'extirpation du fibrome, l'utérus éjacula soudain un petit polype et cette éjaculation s'accompagna de l'issue de liquide sanieux de l'utérus dans la cavité péritonéale. La malade mourut des suites de la péritonite consécutive. Ce fait prouve donc nettement que le danger de l'hystérectomie est dans l'infection vagino-utérine pure.

Toutes mes autres malades ont parfaitement guéri. Et je signalerai que, même dans les vingt-quatre premières heures après l'opération, elles éprouvaient un bienaise remarquable.

Je considère donc comme le procédé de l'avenir l'hystérectomie totale par laparotomie pour les gros fibromes, et je ne suis pas partisan, dans ce cas, du procédé que nous a décrit M. Richelot.

Voici comment j'opère le plus souvent : Après incision de la paroi abdominale et mise à nu du fibrome, je commence par me débarrasser des ligaments larges à l'aide de ligatures. J'attaque

alors le cul-de-sac vaginal qui se montre le premier, sans idée préconçue d'attaquer l'un des culs-de-sac plutôt que l'autre. Quant au fibrome, s'il est gênant, je n'hésite pas à l'enserrer et à le réséquer. Je puis alors, à l'aide d'une forte pince, manœuvrer le moignon utérin. J'ai soin, dans les jours qui précèdent l'opération, de faire faire l'asepsie du vagin et le matin même de l'opération depuis l'accident que je vous détaillais tout à l'heure, on bourre l'utérus de gaze iodoformée. Je décortique ensuite le vagin en établissant une couronne de pinces. Enfin, je ne fais plus la suture du péritoine du petit bassin comme autrefois.

En résumé, je crois donc que l'hystérectomie abdominale totale pour gros fibromes est l'opération de l'avenir, parce que son pronostic opératoire est des moins graves.

M. Routier. — Quand je faisais autrefois l'hystérectomie avec pédicule externe, il m'arriva quelques cas de suppuration ou d'éventration qui me firent bientôt abandonner ce procédé. Comme M. Ricard, je crois que les fibromes sous-ombilicaux doivent être abordés par le vagin. Il se trouve, d'autre part, que j'opère à peu près comme lui les gros fibromes sus-ombilicaux, sans l'avoir cependant jamais vu opérer. Comme lui, je vais d'abord lier le ligament large. Seulement, je laisse toujours le vagin ouvert. Quant à l'hémorrhagie qui peut survenir, je crois qu'elle est due en partie aux veines. Celles-ci donnent souvent une abondance de sang plus grande que l'artère. Je crois qu'il ne faut pas abandonner, comme on le fait, la castration pour le traitement des fibromes. Je m'en suis bien trouvé dans quelques cas, et je pense enfin que l'éclectisme, en matière de procédés pour opérer les fibromes, doit être le principe de tous les chirurgiens.

M. Tuffier.— J'ai fait cinq cinq fois l'ablation abdominale totale de l'utérus pour gros fibrômes et dans des conditions vraiment à part. J'ai fait les mêmes temps opératoires que M. Ricard. J'insisterai sur deux points : il n'est pas toujours facile de lier l'artère utérine secondairement, et c'est d'une hémorrhagie de cette artère que j'ai perdu la seule de mes cinq opérées qui ait succombé. De plus, je ne fais pas le tamponnement du vagin, pour donner libre cours aux écoulements de liquide. J'insisterai enfin sur le remarquable bien-être qu'éprouvent les malades après l'opération.

M. Quénu. — Je n'ai pas une grande expérience de l'hystérec-

tomie abdominale totale dont je ne possède que deux faits. Néanmoins, j'ai une grande tendance à la mettre en pratique de plus en plus, pour les cas où l'hystérectomie vaginale n'est pas possible. Je connais, en effet, les dangers du pédicule dont l'infection amène le plus souvent des désastres. Il ne faut cependant pas exagérer les avantages de l'hystérectomie abdominale totale. Pourquoi ne pas inclure, par exemple, le pédicule dans la paroi abdominale ? Il n'y a pas de suppuration, ni d'éventration en agissant ainsi. Pour moi, c'est une méthode que j'emploie quelquefois avec succès. Je crois, comme M. Routier, qu'il faut conserver la castration pour les malades exsangues et qui ne supporteraient pas une longue intervention. Je crois, enfin, qu'il ne faut pas être absolu sur le point qui nous occupe, et se rappeler qu'il y a des malades et non un malade, des fibromes et non un fibrome. (*Gaz. méd. de Paris.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE

TUMEURS DU BASSIN ET LEUR TRAITEMENT

M. Hofmokl a réuni deux cent trente-cinq cas de tumeurs inflammatoires dépendant des organes génitaux de la femme ou de tumeurs d'origine hématique ou non inflammatoires du bassin, qu'il a traitées de préférence par la ponction ou l'incision par la voie vaginale.

Il compte quatre-vingt-quatorze cas de périmétrite ou de paramétrite, dont soixante-sept furent suivis de guérison, vingt-quatre furent améliorés et trois se terminèrent par la mort. Sur ce nombre, seize fois la collection purulente s'ouvrit spontanément; vingt-sept fois elle fut simplement ponctionnée et le pus évacué par aspiration.

De vingt-deux hématocèles, dix-huit guérirent, trois s'améliorèrent, un amena la mort. Dix fois M. Hofmokl fit la simple ponction ; dix fois il eut recours à l'incision avec ou sans drainage; deux fois la laparotomie fut pratiquée.

Neuf malades se présentèrent à l'hôpital avec des symptômes aigus d'occlusion intestinale, deux fois il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse consécutive à de la tuberculose de la trompe et sept fois de péritonite due à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

M. Hofmokl a eu à traiter cent cas de salpingite : soixante-cinq guérirent, trente s'améliorèrent et cinq succombèrent (deux par péronite tuberculeuse, un par fièvre typhoïde et deux par péritonite purulente). La laparotomie ne fut faite que cinq fois (un décès). Les quatre-vingt-quinze autres cas furent ou simplement traités par la ponction et l'aspiration, ou ponctionnés et ensuite incisés. Il y eut un décès parmi les malades ponctionnées. La guérison à la suite de la ponction demanda un temps variant entre deux semaines et quatre mois.

Un questionnaire sur leur état actuel fut envoyé à cinquante-huit de ces malades : on reçut vingt-quatre réponses, dont vingt annonçant la guérison complète, trois l'amélioration, un résultat négatif. Le temps écoulé depuis l'opération variant entre trois et trente-trois mois.

Si l'on peut tirer une conclusion de cette statistique, elle est en faveur de cette méthode simple d'intervention sur les annexes, qui a l'avantage de ne pas occasionner de suites graves et de ne pas mutiler la femme au point de vue génital. Si dans certains cas il faut recourir à la salpingectomie, dans les cas peu graves il faut s'en abstenir dans la mesure du possible. D'autre part, lorsqu'il existe dans le bassin de vastes abcès, il faut chercher à les inciser largement et ne pas recourir à la résection de l'utérus et de ses annexes comme on l'a conseillé récemment.

M. von Dittel dit que dans deux cas il a fait une opération semblable à celle que l'on emploie pour les abcès de la prostate : il a décollé le rectum et cheminé dans la cloison recto-vaginale, et par cette voie il a ouvert l'abcès.

M. Chrobak avait recours autrefois fréquemment à la ponction et il y est revenu récemment. Il est certain que parfois on obtient ainsi d'excellents résultats, mais une guérison réelle est cependant rare. M. Chrobak pense que pour les hématocèles la nomenclature doit être conservée : d'après l'opinion qui a cours aujourd'hui, il n'y aurait que des hématocèles intra-péritonéales, qui dans la plupart des cas résultent d'une grossesse extra-utérine.

M. Vertheim a exposé la pratique suivie à la clinique de M. Schauta en fait d'opérations sur les annexes. M. Schauta emploie la ponction dans le cas de salpingite purulente volumineuse, faisant une forte saillie derrière la paroi abdominale antérieure ou

dans le vagin. Cette intervention convient moins aux petites salpingites, qui sont d'une part difficilement accessibles, et qui d'autre part ne contiennent que quelques gouttes de pus ; dans ce dernier cas, c'est moins le pus que le processus inflammatoire qui est la cause des douleurs. Pour ces petites salpingites, le seul procédé qui convienne, c'est l'extirpation par la laparotomie. Il est vrai qu'à la suite de cette intervention il peut survenir des complications telles que sécrétion du moignon, écoulements, hémorragies ; aussi pour les éviter, on ne doit pas se borner à enlever les annexes, mais il faut encore enlever l'utérus. Telle est la pratique qui a donné de bons résultats à la clinique de M. Schauta.

M. Hofmokl reconnait que la ponction ou l'incision ne conviennent pas à tous les cas, mais il voudrait voir étendre leurs indications. D'ailleurs il a obtenu une grande amélioration en ponctionnant des trompes qui n'étaient pas plus grosses que le doigt et desquelles par aspiration on n'a pu retirer que quelques gouttes de pus. (*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

L'EFFACEMENT DU COL DANS LA GROSSESSE

La question de l'effacement du col pendant la grossesse est une de celles qui ont toujours divisé les accoucheurs, lesquels ne s'entendent d'ailleurs pas tout à fait encore à ce sujet. Elle présente une certaine importance pratique, et c'est là surtout ce qui fait son intérêt. M. le Dr A. Thibaut vient à ce propos de reprendre dans sa thèse toute cette discussion et apporte un grand nombre d'observations prises dans le service de M. le professeur Gaulard (de Lille), dont il soutient les opinions sur ce sujet.

On sait que M. le Professeur Pinard admet l'hypertrophie du col pendant la grossesse et nie tout effacement avant le travail de l'accouchement. « Il en résulte, dit l'éminent Professeur, que si, en examinant à la fin de la grossesse une femme qui n'a ni jumeaux, ni hydropisie de l'amnios (deux conditions pouvant produire la déhiscence du col) et chez qui, avant vous, l'on n'a pas pratiqué des touchers répétés, vous trouvez le col effacé au retour aussi bien qu'à l'aller, la femme est en travail. »

Les conclusions de M. Thibaut sont un peu différentes et sont iden-

tiques à celles que M. Gaulard a déjà cherché à faire prévaloir dans les termes suivants :

« M. Pinard a raison dans un assez grand nombre de cas.

« Chez les femmes dont le bassin est vicié, chez les multipares, dans le cas de présentation autre que celle du sommet, le col reste effectivement intact jusqu'au début du travail. Il en est de même pour quelques primipares bien conformées. Mais chez presque toutes les femmes enceintes pour la première fois, et même chez beaucoup de multipares, le col s'efface dans les premiers temps de la grossesse. Et, j'entends parler d'un effacement réel, incontestable.

Je ne me suis pas contenté dans mes recherches, d'explorer la surface externe du col. De ce côté, l'effacement peut paraître complet avant même qu'il ne soit commencé. Dans tous les cas où j'ai pu, sans violence, introduire le doigt dans la cavité cervicale, je l'ai fait déplissant du haut en bas, et le mieux possible, les parois de cette cavité. Eh bien ! je répète qu'en procédant de cette manière, j'ai constaté chez beaucoup de femmes, et bien avant le travail, la disparition, l'effacement complet du col réduit à son orifice externe. Les choses restaient en cet état pendant huit et même quinze jours. »

Cette différence est expliquée par l'absence d'engagement du fœtus. Lorsque cet engagement a été empêché, soit par la multiparité, soit par une viciation du bassin, soit dans les présentations de l'extrémité pelvienne, complète, décomplétée, mode des pieds ou des genoux, bien souvent, M. Gaulard a pu trouver un col intact au début du travail à terme, et cela parce que le segment inférieur est moins distendu que lorsqu'un pôle fœtal est dans le détroit, parce que le col ne subissant ni pressions, ni tiraillements, a moins de tendance à s'ouvrir.

Chez des primipares bien conformées, il a rencontré un col ayant encore toute sa longueur au début de l'accouchement ; mais dans chacun de ces cas, il a également noté une grossesse interrompue dans son cours, ce que confirmait toujours le poids de l'enfant.

CONDUITE A TENIR EN CAS D'IMMINENCE D'AVORTEMENT.

M. E. Lantos, en se basant sur les observations qu'il a faites dans 100 cas d'avortement imminent, arrive aux conclusions suivantes, relativement à la conduite à tenir dans les cas d'avortement :

Lorsque le col est fermé ou à peine entr'ouvert, il faut se borner à

prescrire le repos et des lavages du vagin ; en cas d'hémorrhagies tamponnement. Grâce au tamponnement on n'arrête pas seulement les hémorrhagies, on obtient encore la dilatation du col, ce qui a son utilité, en cas d'intervention ultérieure éventuelle. Tout autre mode d'intervention, en vue d'obtenir la dilatation du col, comporte des dangers d'infection.

Lorsque le col est ouvert au point de livrer passage à un doigt, il y a eu habituellement des métrorrhagies abondantes et l'avortement n'est plus à empêcher.

On commencera par prescrire le repos et des injections vaginales froides ; si les hémorrhagies persistent et qu'un fièvre infectieuse s'allume, il faut intervenir par voie opératoire. Dans 86 cas, M. Lantos a extrait le contenu de l'utérus à l'aide du doigt, dans 12 cas à l'aide de la curette (9 fois 2 mois après l'avortement,) et dans 2 cas avec une pince à polypes. Les métrorrhagies ont cessé et la fièvre a disparu.

(*Wien. med. Presse.*)

INFLUENCE DE LA SÉCRÉTION VAGINALE SUR LES SUITES DE COUCHES.

M. Burkhardt, inspiré par le travail de Doederlein sur « la sécrétion vaginale et son influence sur la fièvre puerpérale », a examiné, au point de vue microscopique, des cultures du mucus vaginal chez 116 femmes enceintes et a ensuite comparé l'évolution des suites de couches chez ces femmes.

Le nombre des femmes malades après l'accouchement était de 23,3 p. 100 chez les accouchées à sécrétion vaginale normale, de 50 p. 100 chez celles à sécrétion pathologique. La nature de la sécrétion vaginale a donc une grande influence sur les suites de couches. Les dangers créés par la sécrétion patologique peuvent être combattus par une désinfection rigoureuse pendant la grossesse.

(*Arch. f. Gynæk.*, Bd. XLV, p. 71.)

NOUVELLES

La seconde session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique aura lieu à Genève *dans la première quinzaine de Septembre 1896*. C'est par erreur que quelques journaux ont annoncé cette session pour 1895.

Les questions officielles, pour lesquelles il a été choisi des rapporteurs de différents pays sont les suivantes :

Obstétrique

Fréquence relative et formes le plus souvent observées des rétrécissements du bassin selon les différents pays.

Traitement de l'éclampsie.

Gynécologie

Traitement opératoire des rétrodéviations utérines.

Suppurations pelviennes et leur traitement.

Mode de sutures des parois abdominales ; meilleur procédé pour éviter : abcès, éventrations, hernies, etc.

En même temps que le congrès aura lieu une exposition d'appareils et d'instruments se rapportant à l'obstétrique et à la gynécologie.

Pour le Comité d'organisation :
Prof. VULLIET.

BIBLIOGRAPHIE

I. — **Le lavage de l'estomac, sa technique, ses applications**, par le Dr F. DÉLÉAGE. Paris, Maloine, 1895.

II. — **Traitement des neurasthéniques aux eaux de Bagnères-de-Bigorre**, par le Dr GANDY. Paris, Doin, 1894.

III. — **De quelques actions réflexes à distance provoquées par le froid et utilisées en hydrothérapie**, par le Dr BOTTEY. Genève, 1895.

IV. — **Le concours de l'agrégation en médecine et son remplacement par l'institution des privat-docent**, par le Dr BÉRILLON. Paris, Maloine, 1895.

V. — **Indications et technique de la castration abdominale totale pour lésions septiques de l'utérus et des annexes**, par DELAGENIÈRE (du Mans). (*Archives provinciales de chirurgie*, 1895.)

VI. — **Statistique des opérations pratiquées au Mans du 27 janvier 1894 au 1er janvier 1895**, par DELAGENIÈRE. (*Archives provinciales de chirurgie*, 1895.)

VII. — **Franzensbad**, par Emanuel HAZENFELD. Budapest, 1895.

VIII. — **L'heure du lever dans les pensionnats**, par le Dr GRELLETY. Mâcon, 1895.

IX. — **Guérison radicale de la syphilis**, par le Dr F. LORRIEU. Bourges, 1894.

X. — **Du traitement des maladies chroniques de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx au moyen de l'eau minérale de Challes**, par le Dr A. ROYER. Chambéry, 1895.

XI. — **De la thérapeutique intra-utérine en général. — Des procédés d'hystérectomie abdominale totale pour gros fibromes**, par le Dr FOURNEL. Paris, 1895.

XII. — **Le traitement des affections du nez, de la gorge et des oreilles par les mouvements du massage rythmé ou vibratoire (statistique)**, par le Dr Garnault. Paris, Maloine, 1895.

XIII. — **Contribution à l'étude de la morphologie des fosses nasales. L'organe de Jacobson**, par le Dr Garnault. (Société de Biologie, 27 avril 1895.)

XIV. — **Traitement des maladies chroniques du cœur et des vaisseaux par la balnéation thermale chlorurée gazeuse**, par le Dr de Bosia. Paris, 1895.

XV. — **De l'actinomycose humaine à Lyon**, par le Prof. Poncet. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, avril 1895.)

XVI. - **Des indications d'une cure aux eaux de Royat**, par le Dr Petit. Paris, 1895.

XVII. — **Contribution aux études cliniques sur la dilatation de l'estomac**, par le Dr Bouloumié. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895.

XVIII. — **Le pied plat douloureux, sa pathogénie, son traitement**, par le Dr M. Bloch. Paris, Maloine, 1895.

XIX. — **Traitement de l'eczéma aux eaux de Saint-Gervais**, par le Dr Wisard. Vichy, 1895.

XX. — **La somatose, un nouveau moyen dététique**, par le Dr de Buck. (*Flandre médicale*, Gand, 1894.)

XXI. — **Guide maternel ou l'hygiène de la mère et de l'enfant** (*Deuxième édition*). In-8 de 200 pages. Prix : 4 fr.

Dans ce volume, qui ne contient pas plus de deux cents pages, l'auteur a su résumer, en un style clair et précis, tout ce qui a trait à l'hygiène de la femme, depuis le début de la grossesse jusqu'au moment de la délivrance, et à celle de l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'époque du sevrage.

A côté des principes d'hygiène très bien exposés et décrits, on y trouve une quantité notable de formules pratiques qui trouveront leur emploi dans le cours de la grossesse, de la lactation, de la dentition, du sevrage, etc., etc.

La jeune femme retirera autant de profit de la lecture de ce livre que la mère de famille.

De plus, un certain nombre de gravures dans le texte en facilitent la lecture, et à l'aide de ce guide la jeune mère n'éprouvera pas le moindre embarras pour diriger elle-même l'élevage de son enfant.

La première édition de cet ouvrage, qui a déjà valu à son auteur un diplôme d'honneur à l'Exposition d'hygiène de l'enfance en 1887, laisse assez entrevoir ce que l'on peut attendre de la seconde.

Le livre du docteur Selle est, pour tout dire, un ouvrage absolument complet et entièrement mis au courant des dernières découvertes scientifiques concernant l'hygiène de la mère et de l'enfant. Il nous paraît appelé, comme ouvrage de vulgarisation, à rendre les plus grands services.

Envoi *franco*, contre un mandat de 4 francs, adressé à M. le Directeur de la Société d'Éditions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'École de Médecine, Paris.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

64.—Thérapeutique de la troisième période du travail (*Montreal med. Journ.*, février 1895.) — M. Reddy présente une communication intéressante sur les médicaments dans la troisième période du travail. Il les divise en :

Anesthésiques ;
Hémostatiques ;
Styptiques ;
Désinfectants ;
Stimulants.

1° Les anesthésiques ont pour objet de combattre la douleur, d'obtenir le relâchement des tissus et d'éviter les mouvements intempestifs. Leur emploi dans la deuxième période facilite beaucoup le travail dans la plupart des cas, mais leur place dans la troisième période est moins nettement indiquée.

Playfair préconise l'emploi du chloroforme à partir seulement du moment ou le col est complètement dilaté, la tête bien descendue, et quand les douleurs sont devenues propulsives. Pour aider la dilatation d'un col rigide, Playfair préfère employer le chloral. La malade ne doit pas être complètement endormie, le but est d'obtenir une anesthésie locale et non une insensibilité chirurgicale et profonde. Une surveillance attentive est nécessaire. Si les contractions s'affaiblissent et deviennent moins fréquentes, les inhalations doivent être interrompues. Playfair recommande l'emploi du mélange de Sanson :

Alcool................................	1 partie.
Chloroforme...........................	2 —

pour éviter le relâchement excessif des tissus. Le plus grand nombre des accoucheurs des Etats-Unis et du Canada recommandent l'emploi des anesthésiques dans la deuxième période. Leur usage est beaucoup moins répandu dans la troisième période à cause de l'inertie utérine et l'hémorrhagie qui quelquefois s'ensuivent. Dans le choix de l'anesthésique les avis sont partagés entre le chloroforme, l'éther et le bromure de méthyle. Les contre-indications sont : l'anémie, le goître,

la myocardite, la dyspnée ou collapsus, les maladies de cœur et le placenta prœvia.

Hémostatiques.— Playfair recommande qu'une bonne dose de l'extrait liquide d'ergot soit administrée, dans tous les cas, après l'expulsion du placenta pour assurer la contraction persistante et diminuer le risque de la rétention des caillots sanguins dans l'utérus. Dans les cas ou il y eut des hémorragies dans les accouchements précédents, il donne une injection hypodermique d'ergotine, quand le travail doit se terminer dans vingt minutes, puisque l'effet du médicament ne se produit pas en moins de temps.

La dose peut être répétée dans le cas d'hémorragie post-partum. L'administration en injection hypodermique donne l'action la plus puissante et la plus rapide.

La majorité des accoucheurs font usage de l'ergot et sont d'accord qu'il produit la contraction solide de l'utérus. Pour obtenir l'effet voulu pendant la troisième période il faut qu'il soit administré à la terminaison de la deuxième période.

L'auteur donne toujours une dose d'ergot à la fin de la deuxième période et dix gouttes de l'extrait combiné avec de la digitale et de la quinine trois fois par jour pendant huit jours après l'accouchement.

Styptiques.— L'injection du perchlorure de fer aura raison presque toujours des hémorrhagies persistantes. Playfair dit qu'on ne doit jamais entreprendre un accouchement sans avoir ce remède sous la main.

Winkel aussi recommande qu'on s'en serve soit en injection, soit comme topique appliqué au moyen d'une éponge au siège de l'hémorrhagie. Il faut avoir soin de donner tous les jours des lavages intra-utérins pour éviter le séjour de caillots sanguins. D'autres auteurs préconisent l'emploi de la teinture d'iode, du vinaigre fort et une solution d'acide acétique à l'eau chaude, et des injections d'eau chaude avec addition de quelques gouttes de créoline, comme répondant au même but.

Désinfectants. — L'emploi de désinfectants au troisième temps du travail est une question discutée. Il est même généralement condamné à moins que l'accouchée ait de la leucorrhée ou qu'elle soit infectée de gonocoques. Le sublimé est le désinfectant habituellement en usage. Winkel signale le danger d'empoisonnement par son emploi, il se sert de la solution au 1/5000.

Playfair recommande la solution chaude au 1/2000.

L'auteur préfère une solution de permanganate de potassium ou de créoline.

Dans ses observations l'emploi du sublimé a été suivi de mauvais résultats.

De la glace (des morceaux de la grandeur d'une noix) et de l'eau glacée ont été recommandées.

Dans les campagnes il y a des accoucheurs qui introduisent une boule de neige durcie dans l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie post-partum. De l'eau chaude stérilisée est probablement le meilleur remède pour arrêter les hémorrhagies post-partum et enlever les débris.

Stimulants. — Le meilleur stimulant est probablement le nitrate de strychine à la dose de 2 à 4 milligrammes en injection hypodermique. Le cognac, l'opium et l'éther, administrés également en injection hypodermique, sont très utiles contre la défaillance cardiaque.

La solution de chlorure de sodium est un stimulant excellent après les hémorrhagies abondantes. Elle sera administrée par le rectum. La solution de chlorure de sodium est très facilement absorbée par le rectum à la quantité même de 6 à 7 litres, dans les trente-six heures.



65. — Thérapeutique intra-utérine et traitement des inflammations péri-utérines, par R. PICHEVIN. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, mai 1890.) — L'auteur, partisan convaincu des bons effets de la dilatation et du curage utérin contre les affections inflammatoires péri-utérines, rappelle d'abord les recherches de Walton, de Poullet et de Doléris. Pour lui, comme pour les auteurs précités, les résultats du traitement sont les suivants :

1° Décollement des parois utérines au niveau de l'ostium uterinum; agrandissement et désobstruction de cet orifice par la dilatation et le curettage, c'est-à-dire par les causes mécaniques.

2° Exagération ou rétablissement du courant qui existe entre la trompe et l'utérus sous l'influence de deux causes : *a*) Sorte d'aspiration du côté de la cavité intra-utérine dilatée au maximum ; *b*) tension élevée dans la trompe.

3° Excitation de la contractilité de l'appareil musculaire tubo-utérin, par la dilatation, le curage et les injections.

4° Désinfection des organes pelviens.

5° Stérilisation de la cavité utérine par les antiseptiques qui agissent localement et aussi sur les foyers infectieux situés à distance : pénétration des agents microbicides par les lymphatiques ou par la voie muqueuse.

6° Sorte de massage provoqué par ces différentes manœuvres (dilatation, curage, drainage et injections).

Mais la théorie de l'évacuation du contenu tubaire par l'orifice utérin dilaté a rencontré de nombreux contradicteurs (Terrillon, Pozzi, Sutton). M. Pichevin prouve d'abord que l'évacuation spontanée est un fait qui n'a rien d'anormal et déjà observé par Scanzoni, Barnes, Churchill, Schröder, Martin, Bandl. Nombre de gynécologues ont vu les collections tubaires varier de volume avec l'importance de l'écoulement utérin, s'affaisser même parfois, devant l'observateur, sous l'action de la pression bimanuelle. L'auteur, chez une malade atteinte de fibrome hydrorrhéique, a pu, une fois l'utérus vidé de sa sécrétion par l'emploi d'une sonde, extraire encore de l'organe, au moyen d'une grosse seringue, 40 à 60 grammes de liquide qu'il suppose provenir des trompes. Il cite une observation d'hystérectomie vaginale totale, avec ablation des annexes complètes, où l'orifice tubaire était nettement resté perméable et permet l'évacuation du contenu de la trompe sous la simple pression du doigt.

Suivent quatre observations, dont deux en commun avec M. Le Dentu et dans lesquelles on voit, à la suite d'une dilatation suffisamment maintenue et aboutissant au curage, une abondante évacuation de pus se produire et coïncider avec la disparition immédiate de tumeurs annexielles.

L'auteur explique la rétention tubaire par le gonflement de la muqueuse et parfois par les flexions que produisent aux coudes les augmentations brusques de pression dues à l'accumulation des liquides.

M. Pichevin passe ensuite en revue, dans une très intéressante discussion, les causes d'échec possible de la méthode : causes résidant en général dans l'emploi d'une mauvaise technique ou dans la nature même des lésions : dans le premier cas, on n'a dilaté que le col et non le corps (laminaires mal placées : il faut employer les éponges pour arriver à la dilatation complète), ou plus souvent encore le curage a été mal fait : on a laissé des fongosités en grand nombre aux alentours de l'orifice tubaire, par exemple, ou enfin le drainage n'a pas été prolongé pendant une période suffisante. Les causes se rattachant

à la nature même des lésions sont : les altérations déjà anciennes des tissus de la trompe, les inflammations paramétritiques, les adhérences et surtout la coexistence de lésions ovariennes.

L'auteur discute ensuite les contre-indications de la méthode ; trompes infantiles, trompes bosselées en chapelets, ancienneté de la lésion, âge de la malade.

Comme modification à la technique, M. Pichevin conseille de supprimer la dilatation préalable au curage, parce qu'elle fatigue la malade : il se contente de dilater avec un dilatateur en acier à deux branches parallèles extemporanément : il maintient cette dilatation par le drainage, après le curettage.



66. — Des applications obliques du forceps. (*Presse médicale*, 20 avril 1895.) — M. Bué, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille, a fait des recherches sur l'application du forceps au détroit supérieur. L'instrument employé a été celui du Pr Tarnier.

Il y a trois méthodes principales d'application :

L'application *directe* est celle dans laquelle chaque cuiller est placée aux extrémités du diamètre transverse du bassin ;

Dans l'application *antéro-postérieure*, l'une des cuillers est directement en arrière du pubis, l'autre directement en avant du sacrum ;

Enfin, dans l'application *oblique* une cuiller est à l'extrémité postérieure d'un diamètre oblique du bassin, l'autre cuiller à l'extrémité antérieure du même diamètre.

L'application *directe* est facile à exécuter ; elle est correcte par rapport au bassin. Si celui-ci est rétréci dans son diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur, la tête se plaçant ordinairement dans ce cas en variété transversale, le forceps ainsi appliqué prend l'ovoïde céphalique du front à l'occiput. Pendant les tractions, le diamètre occipito-frontal comprimé diminue ; le diamètre bipariétal, qui lui est perpendiculaire, augmente ; or, c'est justement lui qui répond au diamètre rétréci du bassin. Aussi, en général, la prise directe est-elle abandonnée. Cependant, l'auteur a vu plusieurs fois cette méthode couronnée de succès, ce qui ne veut pas dire que ce soit sa méthode de choix, mais qu'elle est possible.

L'application antéro-postérieure semble au premier abord très séduisante, car elle comprime et diminue le diamètre bipariétal,

puisque la tête est supposée en variété transversale. En réalité, l'opération est difficile ; de plus, les deux cuillers appliquées sont deux leviers puissants qui blessent l'enfant et la mère, dont la vessie et le rectum subissent immédiatement l'effort de l'instrument. En outre, la cuiller postérieure forme un véritable pont allant du promontoire à la pointe du coccyx. Cette branche du forceps est presque rectiligne, tandis que le sacrum est concave ; entre les deux, il y a donc un espace vide dans lequel la tête ne peut s'emboîter, ce qui diminue d'autant la capacité du bassin (Farabeuf).

L'application *oblique* n'est régulière ni par rapport au bassin, ni par rapport à la tête. Elle est néanmoins l'aboutissant presque inévitable des deux autres procédés, car les cuillers glissent soit dans l'application directe, soit dans l'antéro-postérieure, pour se placer en fin de compte, l'une sur une bosse frontale, l'autre sur l'occiput du côté opposé. L'application oblique a l'avantage de ne pas déplacer la partie fœtale, puisque l'instrument se loge là où il y a de la place entre la tête et le bassin ; elle est en outre facile à exécuter : « La prise, sans être idéale, est bonne, d'une bosse frontale à l'apophyse mastoïde opposée ; la courbure céphalique de l'instrument s'adapte bien sur la convexité de la tête et la courbure pelvienne à la courbe du bassin ; le diamètre bipariétal est peu sollicité à s'étendre, et le diamètre crânien, qui doit fournir l'allongement compensateur, se trouve précisément sur le diamètre pelvien le plus spacieux. » (Hubert, *Revue médicale de Belgique*, mars 1893.)

Budin, Maygrier, Porak, Gaulard et son élève Robillard sont du même avis. L'auteur conclut donc à l'adoption de la prise oblique comme procédé du choix (Demelin, *Rev. de thér. méd. chir.*)

***

67. — Bleu de méthylène contre le prurit vulvaire. — Le Dr Madden recommande une solution concentrée de bleu de méthylène comme une bonne lotion analgésique contre le prurit vulvaire. Pour rendre efficace ce traitement local de prurit vulvaire, il faut de toute nécessité assurer l'asepsie absolue de la région affectée : dans ce but on lavera les parties à plusieurs reprises à l'eau chaude (à 49 degrés centigrades) et on appliquera ensuite une solution de bichlorure de mercure (1 : 1000) ou un antiseptique quelconque. Ainsi préparée préalablement, la vulve sera alors badigeonnée

avec une solution concentrée de bleu de méthylène ; ces applications locales associées avec l'administration à l'intérieur d'une pilule de bleu de méthylène à 0 gr. 12 (répétée deux ou trois fois par jour), rendraient de grands services et soulageraient totalement les douleurs éprouvées par les femmes. Le seul inconvénient que présente l'application du bleu de méthylène, c'est la couleur bleue persistante que présentent les parties soumises au badigeonnage de bleu de méthylène. (*Méd. New.*)

***

68. — A propos des recherches modernes sur le chimisme stomacal. — On a publié, dans ces dernières années, une quantité considérable de travaux sur la digestion stomacale et ses troubles. De notables progrès ont été réalisés dans la connaissance de la digestion normale ; une science nouvelle a pour ainsi dire pris naissance, celle du chimisme stomacal et tout le monde s'accorde à reconnaître que, dans la plupart des cas, les dyspepsies sont des opérations chimiques défectueuses, selon une formule célèbre du professeur G. Sée.

Dans ces travaux, on a accordé une valeur prépondérante à l'acide chlorhydrique stomacal. On savait bien que la pepsine joue le rôle principal dans la digestion, mais on a vu, d'un autre côté, que cette pepsine reste à peu près inerte lorsque l'acide chlorhydrique stomacal fait défaut. On a été même plus loin et l'on a été jusqu'à dire que la pepsine est inutile si l'acide chlorhydrique existe et que ce dernier seul suffit à la digestion. C'est évidemment là une exagération fâcheuse. Il n'est pas besoin d'être grand physiologiste pour soutenir que tous les éléments du suc gastrique sont nécessaires à la digestion. Aussi depuis longtemps a-t-on cherché à introduire artificiellement la pepsine dans les cas où les symptômes pouvaient faire supposer son absence dans le suc gastrique.

Sans contester la valeur de l'acide chlorhydrique dans les phénomènes de la digestion, on commence à revenir sur la nécessité de l'intervention des ferments, et l'on peut dire que nombre de praticiens n'ont jamais cessé d'avoir recours, le cas échéant, à la pepsine. Cependant, il suffit d'en avoir prescrit quelquefois pour recevoir les doléances des malades, qui, souvent, se refusent à accepter un médicament dont l'odeur est loin d'être agréable et l'action si peu régu-

lière. Pour nous, nous avons renoncé à son usage pour employer à peu près exclusivement la pepsine végétale, c'est-à-dire la papaïne, dont les avantages ne sont pas assez connus.

On sait que le papayer (*Carica papaya*), de la famille des cucurbitacées, fournit un suc laiteux chargé d'une grande quantité d'albumine et de fibrine. Wurtz obtint la papaïne soluble dans l'eau et reconnut en elle un ferment dont l'action était identique à celle de la pepsine animale.

Wurtz fit de nombreuses expériences pour déterminer l'énergie du pouvoir digestif de la papaïne et fixer son mode d'action. A la température du corps, la papaïne digère l'albumine ; soumise pendant cinq minutes à son action, la viande prend un aspect gélatineux dû à un commencement de digestion ; si on laisse l'action se prolonger, la digestion continue et devient parfaite en moins de deux heures. L'albumine de l'œuf, le gluten, les graines des légumineuses, après macération dans l'eau, sont digérés rapidement en quelques heures. Le lait est rapidement coagulé, puis la caséine précipitée se redissout de nouveau, tout comme dans la digestion ordinaire sous l'influence de la pepsine.

La papaïne a même sur la pepsine animale l'avantage d'agir en solution neutre et faiblement alcaline et d'être difficilement corruptible. Or, on sait que la pepsine exige, pour exercer son action dissolvante sur les albuminoïdes, l'intervention de l'acide chlorhydrique.

D'après Wurtz, la papaïne peut dissoudre jusqu'à mille fois son poids de fibrine. C'est, en effet, sur celle-ci que ce ferment commence par se fixer, en même temps qu'interviennent des phénomènes d'hydratation. La fibrine est transformée en peptone non précipitable par l'acide nitrique, comme cela a lieu dans les bonnes digestions gastriques : donc, la digestion est parfaite.

Les applications thérapeutiques ont suivi ces expériences physiologiques. Les premiers essais cliniques ont confirmé en tout point ce que la physiologie laissait entrevoir. Il y a longtemps déjà que les médecins ont été à même de contrôler l'action catalytique de la papaïne sur les matières albuminoïdes et son emploi s'est bien vite généralisé. Elle réveille l'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments, qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Dès lors, il devient inutile de prescrire cet acide chlorhydrique dont on a quelque peu abusé ces derniers temps. La pepsine,

en effet, n'agit qu'à hautes doses et avec la participation de l'acide chlorhydrique ; la papaïne, au contraire, réussit à faibles doses et son action est plus constante que celle de la pepsine, dont la composition varie selon le mode de préparation employé et les substances qu'on lui associe.

En outre, comme l'ont fait remarquer divers auteurs, l'organisme n'a pas pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux ; la digestion n'en est que plus parfaite et ne fait que se rapprocher davantage de l'eupepsie physiologique. Rien d'étonnant, après cela, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements et les vertiges gastralgiques, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences. Son action s'étend, en effet, sur toutes les dyspepsies gastro-entériques. On retira aussi les meilleurs avantages de l'emploi de la papaïne dans les troubles gastro-entériques chez les enfants. D'autres l'emploient dans les troubles dyspeptiques et dans les affections gastro-intestinales des enfants, dans l'athrepsie, la lienthérie, ainsi que dans le choléra infantile. Dans la dyspepsie simple chez les enfants les vomissements s'arrêtent très rapidement.

Chez l'adulte, la papaïne se trouve indiquée dans tous les états dyspeptiques primitifs ou secondaires dans lesquels les éléments essentiels du suc gastrique font défaut ou bien se trouvent en quantité insuffisante, notamment dans les gastrites, gastralgies, digestions lourdes et difficiles, dyspepsies, entérites, etc., etc.

Ajoutons que la papaïne bien préparée est admirablement supportée et fait sentir son action bienfaisante sur la digestion par la disparition des troubles pénibles qui accompagnent la dyspepsie.

C'est pour cela qu'un grand nombre de médecins préfèrent la papaïne, comme le *meilleur ferment* digestif, le peptogène selon Corvisart. Sa puissance digestive fait, en outre, de la papaïne un véritable élément de force, très utile contre les maladies débilitantes, les convalescences, la phtisie, le rachitisme, etc.

Pour terminer cette rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par M. Trouette-Perret, pharmacien. Le *sirop* de papaïne Trouette-Perret, destiné de préférence aux enfants, à la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, est très agréable et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats. L'*élixir* de papaïne Trouette-Perret, destiné aux adultes, à la dose d'un verre à liqueur après chaque repas,

[illegible] très agréable, et possède une puissante [illegible] dans la plupart des formes de dyspepsies. Le vin ou [illegible] à ceux qui ne peuvent prendre ni le sirop, ni [illegible]. Ces préparations, que nous signalons à l'attention de tous les praticiens, sont toujours exactement dosées. En recommandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de [illegible]; mais, ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués confrères, « la spécialisation pharmaceutique s'impose absolument pour tout produit qui nécessite un outillage industriel spécial », et la [illegible] est dans ce cas.

Dr E. Lasnié.



69. — L'ablation des annexes au sixième Congrès des gynécologues allemands, par le Dr E. Baudron. — Le sixième Congrès des gynécologistes allemands, où, sauf une courte communication de Landau, il n'a pas été question du traitement des lésions annexielles par l'hystérectomie vaginale, n'a pas été bien favorable à la laparotomie sus-pubienne.

Martin, Dührssen, Schauta, Fritsch ont vanté les avantages de la cœliotomie vaginale pour l'extirpation des annexes : « la voie vaginale constitue certainement la méthode idéale, a dit Schauta ». « L'opération que je propose, a dit Dührssen, est préférable à la laparotomie parce qu'elle expose la malade à un danger moindre, lui évite des suites opératoires pénibles et *le port d'un bandage abdominal.* » Ainsi donc, ce fameux argument *cicatrice,* dont mon maître Segond a signalé le premier toute l'importance, cet argument qui fit sourire les adversaires de l'opération de Péan, est remis en discussion et par qui, par les laparotomistes d'Outre-Rhin. « Sur mille laparotomies faites à la clinique de Berlin et suivies pendant plusieurs années (car l'éventration peut encore se produire au bout de deux ou trois ans), je suis arrivé, dit Winter, à cette conclusion, qu'un tiers environ des femmes opérées, soit 33 %, souffrent de hernies postopératoires. Avec la suture à étages, sur 212 femmes opérées à la clinique d'Olshausen, 12 seulement, soit 5,6 %, ont présenté, jusqu'à ce jour, des hernies plus ou moins volumineuses. » Pour atteindre ce résultat, Olshausen a renoncé complètement au drainage qui crée à la partie inférieure de la cicatrice un chemin tout tracé pour les hernies ultérieures. Zweifel, qui pratique avec le plus grand soin la suture à

étages des muscles et des fascias, observe encore des hernies dans la proportion de 2 à 3 %.

Mais au moins les malades sont-elles guéries au prix même d'une hernie abdominale ? Ecoutez Schauta : « Quand on peut suivre les opérées pendant quelque temps on s'aperçoit que les résultats ne sont rien moins que satisfaisants. 56 % au moins des opérées ne sont pas guéries et se plaignent de leucorrhée, d'hémorrhagies, de douleurs ; l'on constate qu'il s'est formé dans le bassin des exsudats plastiques. »

Aussi Schauta et Fritsch, découragés par de tels résultats, ont modifié leurs procédés opératoires : aujourd'hui ils enlèvent simultanément l'utérus et les annexes par laparotomie. Je sais bien que Schauta réserve cette castration totale, après cœliotomie, aux seuls cas d'*origine gonorrhéique* ; mais ces cas ne sont-ils pas les plus fréquents ?

Quoi qu'il en soit, 28 malades ainsi opérées sont absolument guéries et « ne présentent aucun des troubles que l'on rencontre si fréquemment chez les malades auxquelles on ne fait pas l'ablation de l'utérus ». Qu'importe que Fritsch et Schauta, avec Baldy, Krug, Polk, etc., opèrent par voie abdominale ? C'est, évidemment, comme l'a si bien dit mon maître Pozzi à propos des chirurgiens américains que je viens de nommer, qu'ils connaissent mal les ressources du morcellement vaginal. Le point capital, c'est qu'ils ont reconnu la nécessité d'enlever l'utérus pour obtenir une guérison complète.

En résumé, de la discussion des gynécologues allemands réunis en congrès, à Vienne, il ressort nettement : 1° que l'extirpation des annexes par laparotomie perd, de jour en jour, du terrain en faveur de l'extirpation par voie vaginale, intervention qui supprime la cicatrice abdominale et les hernies consécutives ; 2° que la castration totale doit supplanter la castration annexielle dont les résultats « sont si souvent décourageants pour les opérées et pour le chirurgien (Schauta) ».

Or, ces conclusions, je les trouve clairement posées dans les premières communications de mon maître Segond, sur l'opération de Péan, plus tard dans son rapport du congrès de Bruxelles ; moi-même, je les ai à nouveau défendues dans la thèse qu'il m'a inspirée. Mais n'est-il pas intéressant de les voir formulées d'une façon aussi précise par les laparotomistes allemands les plus autorisés et les plus compétents ? (*Gaz. méd. de Paris*).

⁂

70. — Le massage gynécologique dans la métrite parenchymateuse, par M. E. HUGON. — La métrite parenchymateuse est la suite ordinaire des phlegmasies aiguës de l'utérus, surtout lorsqu'elles sont d'*origine puerpérale*. Elle résulte en dernière analyse d'un *trouble circulatoire* produisant des exsudats, des épaississements dont la conséquence est de déterminer un syndrome clinique très complexe.

Le trouble circulatoire n'atteint pas seulement les capillaires sanguins, les artères et les veines. Il porte aussi son action sur le *réseau lymphatique*.

Il est vrai que les notions physiologiques que nous possédons sur la circulation de ce système étant assez restreintes, nous connaissons assez peu les modifications qu'il subit sous l'influence de la maladie. Mais ces altérations ne sauraient être niées. Du reste, le microscope en établit l'existence.

En somme, dans toute métrite parenchymateuse, nous nous trouvons en face d'un *trouble circulatoire primitif portant d'une part sur les vaisseaux sanguins et de l'autre sur les lymphatiques.*

L'expérience de tous les jours prouve que, quel que soit l'organe atteint, un des meilleurs moyens de lutter contre cette double insuffisance de la circulation c'est *le massage.*

Il accélère la marche du sang, s'oppose aux stagnations, active les échanges nutritifs, favorise la résolution des exsudats, stimule l'énergie de l'élément musculaire.

Il agit en un mot sur l'ensemble des tissus composant l'organe, en modifiant complètement la nutrition élémentaire.

Nous ne voulons pas exposer ici le tableau clinique de la métrite parenchymateuse. Il est trop connu des praticiens. Notre désir n'est pas non plus de montrer que cette entité pathologique peut conduire la malade à des complications nombreuses au nombre desquelles il faut placer les *corps fibreux.*

Contentons-nous d'indiquer comment, dans notre pratique, nous procédons.

Le massage est d'ordinaire mal supporté dès les premières séances, surtout si la malade est nerveuse, impressionnable.

Nous conseillons donc une grande *prudence au début* afin de ne pas décourager la patiente et de ne pas irriter l'utérus. Il faut que celui-ci fasse pour ainsi dire connaissance avec la main du masseur.

Je n'ai pas vu de cas où la tolérance ne se soit pas produite au bout de quelques séances.

Il faut savoir que parfois les symptômes et en particulier la leucorrhée s'exagèrent au commencement du traitement pour s'atténuer ensuite et bientôt disparaître.

Manuel opératoire. — Placer la malade dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin.

Se mettre à sa droite. Introduire l'index seul, ou mieux (si c'est possible) l'index et le médius de la main droite dans le vagin. Imprimer au col des *mouvements doux* pour commencer, puis progressivement, exercer sur lui des *frictions* de plus en plus fortes et, enfin, un véritable *pétrissage*. Dans cette succession de manœuvres, on doit tenir un compte absolu des phénomènes réactionnels de la malade, et modérer ou activer l'action mécanique suivant le degré de sensibilité du sujet.

Pendant que la main droite agit sur le col, *la gauche, placée sur la paroi abdominale, exerce une action semblable et parallèle sur le fond de l'utérus.*

Chaque séance peut se prolonger 10 et même 15 minutes, et se renouveler deux ou trois fois par semaine, si la tolérance le permet.

Une trentaine de massages ont raison des cas les plus mauvais.

Inutile d'ajouter que les précautions antiseptiques sont ici comme dans toute intervention gynécologique d'absolue nécessité.

(*Rev. clin. d'andrologie et de gyn.*)



71. — De la vapeur d'eau chaude dans le traitement des affections utérines. — M. le Dr L. Pincus (de Dantzig) a traité par la vapeur d'eau chaude, suivant le procédé déjà employé par M. le Dr V. Snéguirew, professeur de gynécologie à la Faculté de Médecine de Moscou, un cas de cancer inopérable de l'utérus, trois cas d'endométrite fongueuse, cinq cas d'endométrite cervicale et un cas d'endométrite puerpérale putride.

L'appareil employé par notre confrère se composait d'une petite chaudière munie d'une soupape de sûreté (celle d'un inhalateur à vapeur, par exemple), communiquant, au moyen d'un tube en caoutchouc *gris* capable de résister à une température de 100° avec une canule intra-utérine. Celle-ci présentait à son extrémité trois fentes

longitudinales de cinq centimètres, destinées au passage de la vapeur d'eau et, près de son pavillon, deux petites tiges s'adaptant à un manche de bois, au moyen duquel on pouvait tenir la canule sans risquer de se brûler les mains.

Chez toutes les malades, à l'exception de celle qui était atteinte d'un cancer de la matrice, le col était préalablement dilaté au moyen de gaze iodoformée ou d'un dilatateur utérin.

Dès que l'eau entrait en ébullition, M. Pincus enlevait la lampe à esprit-de-vin, introduisait la canule dans l'utérus, puis replaçait immédiatement la lampe sous la chaudière. De cette façon il parvenait à éviter presque complètement la douleur qui se produit lorsqu'on introduit la canule pendant qu'elle laisse échapper la vapeur d'eau.

Chez la malade cancéreuse, chaque fois que le jet de vapeur commençait à pénétrer dans la matrice, on voyait s'écouler une quantité notable de sang et de liquide sanguinolent, charriant de nombreux grumeaux et flocons. Au bout de trente à quarante-cinq secondes, M. Pincus retirait d'abord la lampe de dessous la chaudière, puis il enlevait la canule utérine; celle-ci était recouverte de caillots noirâtres, fortement adhérents et qui obstruaient les orifices de l'instrument. Au cours de la séance on voyait la soupape de sûreté se soulever à plusieurs reprises, puis retomber lorsqu'on imprimait à la canule intra-utérine des mouvements qui avaient évidemment pour effet de désobstruer les orifices de l'instrument bouchés par des caillots. De là découle la nécessité de munir toujours d'une soupape de sûreté l'appareil vaporisateur et de se servir de canules pourvues d'ouvertures suffisamment larges.

Quant aux effets thérapeutiques obtenus dans ce cas, ils ont été très satisfaisants ; après chaque séance, les hémorrhagies et l'écoulement fétide disparaissaient et les douleurs diminuaient considérablement, résultat qui se maintenait pendant huit à onze jours à la suite de chaque application de vapeur d'eau chaude.

Dans les cas d'endométrite hyperplastique, ce traitement a également donné de bons résultats. L'application intra-utérine de vapeur d'eau était suivie au troisième jour d'un écoulement abondant qui détergeait la muqueuse utérine et s'arrêtait au bout de neuf à douze jours. Après plusieurs séances on obtenait la cessation des ménorragies. Cependant, chez une malade, ce mode de traitement provoqua des coliques utérines violentes, qu'on réussit à calmer par un badigeonnage de la cavité cervicale avec une solution de cocaïne.

Enfin, dans les endométrites cervicales et dans le cas d'endométrite puerpérale putride, les effets du traitement ont été également favorables. (*Sem. méd.*)



72. — De l'action antiseptique de l'électrolyse dans le traitement de la vaginite. (*Journal de méd. de Paris*, 16, 23 et 30 décembre 1894.) — Le Dr Le Blond et son interne M. Lévy, ont expérimenté, à Saint-Lazare, sur des femmes atteintes de vaginite, l'efficacité du courant de pile : ce dernier est antiseptique, facile à doser et à manier. L'anode, entourée d'un tampon d'ouate et introduite dans le vagin rempli d'eau salée, décompose les liquides vaginaux, détruit les microbes et provoque une abondante sécrétion qui expulse les organismes cantonnés au fond des culs-de-sac glandulaires. Dans certains cas, les auteurs ont pu atteindre des intensités de 175 milliampères sans provoquer de douleurs ou d'eschares. C'est le pôle positif, le seul antiseptique pour Apostoli qui a constamment été mis en contact avec le vagin. Il a fallu en général deux et rarement six semaines (cinq à treize séances, intensité variant entre 25 et 80 milliampères) pour obtenir une guérison complète et permanente de la vaginite, aiguë, subaiguë ou chronique. Jamais on n'observe de complications et la douleur est nulle. On peut ainsi augmenter l'intensité du courant jusqu'au moment où la douleur apparaît (névralgies, chaleur au pôle négatif, etc.). Pas d'eschares, de fatigues ou d'étourdissements, de dérangement dans les règles.



73. — Quelques cas de massage gynécologique. — M. Colson, après avoir donné les résultats de sa pratique et fait l'historique de cette question intéressante, recommande vivement le massage gynécologique mis en honneur par Thure Brandt. Il a obtenu pas mal de guérisons, plusieurs améliorations et quelques insuccès. Il a recours à ce procédé spécial dans le catarrhe du col, l'endométrite hémorrhagique, les oophoro-salpingites, le ballonnement abdominal, la dysménorrhée, les déviations de l'utérus, les prolapsus de l'utérus et les exsudats quand ils ne sont pas trop abondants, ni trop volumineux, et s'il n'existe pas des phénomènes inflammatoires. Enfin les diabétiques supportent bien le massage gynécologique appliqué avec prudence. (*Soc. méd.-chir. de Liége*, 6 juin 1895.)

FORMULAIRE

—

Traitement des ectropions par la galvanisation du canal cervical.

(JULES CHÉRON.)

Dans certains cas d'ectropion du col, de petit volume, on peut obtenir une guérison complète, en un temps relativement court, par un mode spécial de galvanisation du canal cervical, qui est le suivant :

Un excitateur métallique conique, flambé et recouvert d'une légère couche d'ouate hydrophile aseptique, imbibée d'eau, est mis en rapport avec le pôle positif d'une batterie de piles à courant continu ; cet excitateur est introduit dans le canal cervical jusqu'à 2 centimètres de profondeur environ, le col ayant été mis à nu à l'aide du spéculum. Le pôle négatif aboutit à un large excitateur placé sur la paroi abdominale, au-dessus du pubis. L'intensité du courant est portée progressivement jusqu'à 20 milliampères et la durée de chaque galvanisation doit être d'une dizaine de minutes.

On fait une séance tous les deux jours.

Douze à vingt séances suffisent à produire la guérison, lorsque les ectropions sont de moyen ou de petit volume.

Dès les premières séances, on obtient une décongestion notable du col avec disparition rapide des douleurs et diminution de la leucorrhée cervicale. Il convient du reste d'associer à la galvanisation le traitement topique habituel de l'endocervicite et d'y adjoindre l'emploi des pansements vagino-cervicaux que nous avons décrits dans un de nos précédents numéros.

Si, comme cela est fréquent, l'endocervicite s'accompagne d'abaissement sans prolapsus (utéroptose), on obtient le relèvement de l'organe en terminant la séance d'électrisation du canal cervical par quelques minutes d'intermittences rythmées du courant continu.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

A PROPOS DU CONGRÈS ALLEMAND DE GYNÉCOLOGIE.

Le sixième Congrès de la Société allemande de Gynécologie s'est tenu, à Vienne, du 5 au 7 juin 1895 ; nos lecteurs en trouveront le compte rendu dans une autre partie de ce journal, aussi nous bornerons-nous, dans cet article, à la discussion de certains points qui méritent d'être mis tout particulièrement en relief.

A signaler, tout d'abord, la conclusion faite par FRITSCH, rapporteur, à propos du traitement des ruptures utérines : « S'il fallait établir une ligne de conduite générale, c'est-à-dire savoir si l'on doit opérer dans tous les cas de rupture ou si l'on ne doit pas intervenir, je crois que l'on pourrait dire que ceux qui ne font rien s'en trouvent encore mieux que ceux qui veulent trop faire. » Remarque bien intéressante et qui s'appliquerait à bien d'autres lésions qu'à la rupture utérine ! J'imagine que si on savait la mortalité exacte de tous les fibrômes opérés comparée à celle de tous les fibrômes traités par l'expectation pure..., mais là n'est pas la question.

Il faut retenir également les paroles suivantes de M. SCHAUTA (de Vienne), concernant les résultats éloignés de l'extirpation

des annexes : « Quand on peut suivre les opérées pendant quelque temps, dit-il, on s'aperçoit que les résultats ne sont rien moins que satisfaisants : 56 % au moins ne sont pas guéries et se plaignent de leucorrhée, d'hémorrhagies, de douleurs, et l'on constate alors qu'il s'est formé dans le bassin des exsudats plastiques ou des adhérences de la vessie, de l'utérus, des pédicules avec les parois pelviennes ou abdominales ; ces adhérences sont épaisses, dures, et lorsqu'on les rompt on trouve presque toujours au centre une petite goutte de pus ; les déviations utérines sont aussi très fréquentes après ces opérations. J'ai donc vu beaucoup de ces malades continuer à souffrir après l'intervention, et le découragement envahit en même temps et les opérées et le chirurgien. » Aussi M. SCHAUTA préfère-t-il désormais, dans les cas graves d'affections pelviennes d'origine gonorrhéique réclamant la laparotomie, faire l'extirpation simultanée de l'utérus. Très sagement et en bon clinicien, il se refuse à extirper l'utérus dans les autres cas, non gonorrhéiques, voulant laisser à la femme ses facultés de reproduction. — Il est bien certain que les infections gonorrhéiques sont les plus difficiles à traiter par les méthodes conservatrices, non pas qu'elles ne puissent très bien guérir ainsi (l'observation sans parti-pris le démontre chaque jour), mais les récidives sont toujours à craindre, surtout dans la clientèle d'hôpital, alors que le mari contagionnant (ou tout autre contagionnant que le mari) ne peut être soumis à une cure parallèle et aussi complète. Les récidives ne prouvent nullement l'inefficacité de la gynécologie conservatrice, mais elles lassent les médecins tout autant que les malades ; aussi, pour notre part, malgré toutes nos préférences pour la conservation, admettons-nous parfaitement, dans ces conditions, la nécessité de l'ablation complète de l'utérus et des annexes.

La fréquence des éventrations après la laparotomie mérite de retenir l'attention, car il s'agit là d'une infirmité vraiment

pénible à laquelle on ne doit exposer une malade que pour des causes tout à fait graves. « D'après mes recherches sur la fréquence des hernies ventrales survenant après la laparotomie, dit M. WINTER (de Berlin), et en me basant sur une série de 1,000 opérations faites à la Clinique de Berlin, je suis arrivé à ce résultat qu'un tiers environ des femmes souffrent de hernies post-opératoires ; mais, pour arriver à cette proportion élevée, il faut pouvoir suivre les malades de longues années après l'intervention, car la hernie peut encore se produire au bout de deux ou trois ans. » C'est un argument sérieux, quoi qu'on en ait dit, en faveur de la voie vaginale, toutes les fois que cette voie est possible.

L'endométrite, son étiologie, sa symptomatologie, son traitement ont été l'objet d'une longue discussion, souvent confuse et trop touffue. Le rapport de M. VON WICKEL en particulier, vous ramène à vingt ans en arrière avec le groupe des endométrites simples, c'est-à-dire, d'après l'auteur, les endométrites d'origine non bactérienne qu'il divise en : *a*) endométrite due à des troubles circulatoires ; *b*) endométrite par intoxication ou par infection générale ; *c*) endométrite post-abortum ou déciduale ; *d*) endométrite exfoliative. Qu'on admette des congestions utérines chroniques ayant une origine aseptique, non microbienne ; qu'on veuille distinguer la sub-involution simple (si tant est qu'elle existe) des lésions inflammatoires et septiques post-partum ou post-abortum, rien de mieux ; mais il faut alors les mettre franchement hors du cadre des métrites. Supposer que les imprudences commises pendant les règles peuvent, en l'absence de toute infection, créer de vraies endométrites, c'est encore revenir aux vieux errements de jadis ; enfin, dire que la chlorose, la maladie de Bright, la morphinomanie et l'hystérie sont des causes d'endométrite, de même que les affections cardiaques et pulmonaires, n'est-ce pas retomber à plaisir dans l'obscurité des vieilles conceptions étiologiques banales et

désormais vides de sens. Je croyais qu'il n'y avait plus que quelques homœopathes arriérés qui comprenaient de cette façon l'endométrite.

M. DODERLEIN (de Leipzig) met en relief, de la façon la plus judicieuse, l'importance de l'endométrite puerpérale : « Mes recherches personnelles, dit-il, m'ont démontré que les formes très graves, mortelles, de l'infection puerpérale ont toutes l'endométrite septique pour point de départ. Dans tous les cas où, chez les femmes mortes de fièvre puerpérale, j'ai pu pratiquer l'examen microscopique et bactériologique de l'intérieur de l'utérus et des tissus utérins, j'ai pu constater la présence de micro-organismes infectieux dans la muqueuse, dans la musculature, dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'utérus. J'estime donc qu'il faudra accorder dorénavant à l'endométrite septique une importance beaucoup plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, car elle en a non seulement en tant qu'affection locale, mais encore comme point de départ des formes les plus graves de l'infection puerpérale. » Rien de plus logique et de plus exact ; ce sont là du reste des idées généralement admises en France, depuis sept à huit ans, et l'on sait le parti que les accoucheurs instruits savent retirer de l'emploi du curettage dans les infections puerpérales attaquées en temps utile.

Il faudrait citer presque intégralement le rapport de M. WERTHEIM (de Vienne) sur la gonorrhée utérine. Nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu des Sociétés savantes, mais non sans insister sur l'importance de la remarque qui termine ce rapport sur la cause des exacerbations irrégulières que l'on constate, de temps en temps, dans le cours de la gonorrhée utérine : « Bien des cas d'exacerbation ne sont autre chose qu'une nouvelle infection. » Nous en voyons tous les jours des exemples ; et non seulement le fait est vrai pour les exacerbations d'endométrite, mais aussi pour les exacerbations de salpingite

blennorrhagique ; nous avons observé plus d'une fois de prétendues exacerbations de salpingite qui n'étaient que des réinfections... *Et nunc erudimini...*

Jules BATUAUD.

ÉTUDE DU CORSET

au point de vue de l'hygiène du vêtement de la femme

Par Mme le Dr GACHES-SARRAUTE (1).

—

En abordant l'étude si complexe du vêtement de la femme, à notre époque, au point de vue de l'hygiène, je me propose de passer en revue toutes les parties de ce vêtement dont l'action peut avoir une influence sur la santé. J'entreprends une tâche très lourde, très difficile, mais le moment me paraît opportun. La femme a entrevu la possibilité de modifier son genre de vie, elle veut prendre part aux travaux et aux exercices physiques des hommes ; d'autre part, elle est incommodée par le vêtement actuel, elle est malade, et, par suite, prête à en accepter les modifications. Je saisis cette heureuse disposition, convaincue qu'on ne peut rien faire pour les femmes qu'avec leur propre assentiment, et je serai heureuse si mon travail, basé sur des données scientifiques et physiologiques, est apprécié du corps médical et des hygiénistes, car il me sera alors beaucoup plus aisé de lutter contre la mode et les préjugés qui ne tiennent aucun compte des besoins de notre organisme.

Mon premier chapitre aura pour objet l'étude d'un appareil qui joue un rôle considérable dans la toilette féminine et duquel dépendent, pour ainsi dire, toutes les autres parties du vêtement. Je veux parler du corset ; c'est lui qui fera l'objet de ma communication.

Je ne referai pas l'historique de cette pièce du vêtement, ce serait d'un intérêt purement archéologique ; je me bornerai à vous dire qu'il ne fut inventé que pour parer la femme, que son origine est fort ancienne et, qu'au début, il avait une forme très simple, c'était un bandage plutôt qu'un corset. Par la suite, il a

(1) Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

subi une série de modifications dans la forme et dans l'exécution ; mais son but est resté le même. Si, pour remplir ce but, il était construit de façon à respecter le bon fonctionnement des viscères, il ne serait venu à l'idée de personne de le critiquer ; mais, sous le prétexte d'en faire un objet de parure, on l'a transformé de telle façon qu'il est devenu un instrument meurtrier auquel les femmes doivent une foule d'infirmités et, bien que ces infirmités s'aggravent tous les jours, les femmes s'obstinent à se servir de cet appareil dont elles reconnaissent cependant tous les dangers. Je parle ici de la généralité, car je me plais à constater que quelques femmes instruites, intelligentes ou bien dirigées, ont réussi à porter des corsets moins défectueux, inoffensifs peut-être, mais celles-ci sont en très petit nombre et appartiennent toutes à la classe aisée. Les autres, pour des raisons d'économie, ou par ignorance, ou tout simplement parce qu'il n'existe rien de mieux à leur portée, ont adopté l'appareil que je vais décrire et qui est d'autant plus dangereux qu'on l'impose déjà à la jeune fille pendant la période de son développement. Beaucoup de femmes sont mal portantes à l'âge adulte, parce que leur jeunesse a été mal dirigée ; il est donc de notre devoir d'intervenir. J'entreprends la lutte après beaucoup d'autres. Serai-je plus heureuse que mes devanciers ? Je ne sais. Mais lorsqu'une pratique est mauvaise, il faut la combattre sans trêve jusqu'à ce qu'elle soit réformée et vaincue. Essayons donc d'indiquer aux femmes de quelle façon elles doivent s'habiller pour conserver leur forme normale et se bien porter, ces deux conditions étant solidaires.

Je m'attacherai à rechercher : 1° si le corset est indispensable à la femme ; 2° si l'appareil en usage est réalisé d'un façon rationnelle ; 3° enfin, s'il est défectueux, dans quel sens on devra le modifier.

Étant donné le costume que portent actuellement les femmes dans les pays civilisés, costume auquel nous ne pourrons de longtemps faire subir de sérieuses modifications, j'estime qu'une sorte de corset est vraiment nécessaire. Quelle que soit leur forme et quels que soient les défauts qu'ils présentent, tous les corsets remplissent une importante fonction qui explique leur usage général : ils servent à fixer la partie inférieure du vêtement de la femme. A l'encontre des voiles antiques dont le poids était supporté par les épaules, notre vêtement se divise en deux parts

qui se rejoignent au niveau de la taille. La partie supérieure, le corsage, repose encore sur les épaules ; mais la partie inférieure, jupes, jupons, pantalons, prend son point d'appui au-dessus des crêtes iliaques par l'intermédiaire de liens multiples et forcément serrés. Ces liens constituent une gêne sérieuse s'ils ne sont séparés de la peau que par une mince étoffe. Rigides, ils sont coupants ; souples, ils s'enroulent sur eux-mêmes et tendent à se creuser un sillon dans la région sur laquelle ils s'appuient. Il en résulte une constriction qui devient une véritable souffrance, et c'est pour obvier à ce grave inconvénient que furent créés les ceintures, puis le corset. Il me paraît donc indispensable d'interposer entre le corps et la ceinture des jupes, au niveau de la taille, une sorte de justaucorps d'un tissu suffisamment rigide, soit par lui-même, soit artificiellement, pour atténuer la gêne provoquée par la constriction des liens. A ce point de vue, le corset possède une réelle utilité et cette seule raison me le fait considérer comme un objet indispensable à la toilette féminine. Je dis le corset et non simplement une ceinture épigastrique, parce que, ainsi que je le montrerai plus loin, il est absolument nécessaire de contre-balancer les effets d'une constriction limitée à la taille.

Mais le corset adopté de nos jours sert-il simplement de soutien pour les vêtements inférieurs et est-il réalisé d'une façon rationnelle ?

La fonction de soutenir les jupes n'est pas la seule pour laquelle le corset est en usage actuellement ; sa disposition démontre qu'on se propose, en même temps, de maintenir les seins, d'amincir la taille et de comprimer les parties molles situées immédiatement au-dessous. Or, je ne crois pas qu'on puisse exiger ces multiples services d'un appareil rigide et je vais étudier ceux que l'on peut demander au corset, en dehors de son rôle de trait d'union pour les vêtements, sans violer les règles de l'hygiène et sans nuire à la santé.

Prenons pour point de repère, dans la description de cet appareil, la partie épigastrique du corset et admettons qu'elle recouvre l'espace situé entre les fausses côtes et les crêtes iliaques ; elle entoure le corps en présentant une largeur uniforme. Nous nommerons partie abdominale la portion du corset située au-dessus. Nous n'aurons pas à nous occuper du dos du corset, car il correspond sur une grande étendue à des surfaces fixes ; nous

devons observer cependant qu'il immobilise l'insertion postérieure des fausses côtes et empêche le redressement du corps. C'est la région antérieure qui retiendra toute notre attention. Elle se trouve en contact, sur toute sa hauteur, avec des parties molles plus ou moins indépendantes les unes des autres par leur rôle physiologique. Peut-on immobiliser toute cette surface à l'aide du même appareil, en établissant une sorte de séparation au niveau de l'épigastre, séparation déterminée par un lien constricteur ? Evidemment non. La région épigastrique, en effet, doit faire cause commune avec la région abdominale parce que toutes deux font partie d'une même cavité, la cavité abdominale. Il ne faut pas qu'un lien les sépare, les isole l'une de l'autre. Par conséquent, si l'on interpose une ceinture épigastrique pour soutenir les jupes, c'est à la condition que cette ceinture ne serre pas en avant du corps, mais qu'elle se continue vers le bas et soutienne le ventre dans toute son étendue. Voilà un premier fait établi.

Nous n'accorderons pas la même utilité à la partie supérieure du corset. Depuis la région épigastrique jusqu'aux seins, il existe une série de viscères qui ont tous besoin d'une grande liberté pour leur bon fonctionnement, ils n'appartiennent pas aux mêmes appareils, remplissent des fonctions différentes et ne sont point situés dans la même cavité. Leur capacité augmente ou diminue à chaque instant en hauteur et en largeur. Les parois osseuses même qui les environnent sont mobiles ; il serait illogique de les immobiliser. Si nous les emprisonnons dans un appareil rigide partant des seins et se reliant à la taille nous luttons contre les lois de la nature. Je conclus donc, d'après ces données, que s'il peut y avoir solidarité entre la région épigastrique et la région abdominale, il y a une indépendance absolue entre cette même région épigastrique et la région thoracique. C'est pourquoi je pense qu'on ne doit pas utiliser le corset pour soutenir les seins, mais qu'il faudrait l'adapter seulement aux deux seules fonctions qui me semblent utiles et que je considère comme indissolublement liées : le soutien des vêtements et la contention des organes abdominaux.

L'examen de la disposition et du fonctionnement des organes contenus dans ces deux cavités justifie cette opinion. Est-il besoin de rappeler que la cage thoracique qui recouvre le cœur et

les poumons doit augmenter ses dimensions transversales pour l'inspiration ? Toute gêne apportée à cette ampliation a pour conséquence une diminution dans la dilatation des poumons et, partant, dans la quantité d'oxygène introduite dans l'organisme.

Le corset actuel, qui s'élève jusqu'aux seins, enserrant la cage thoracique jusqu'à ce niveau, a pour premier effet d'empêcher toute augmentation de diamètre dans les parties qu'il recouvre. Il diminue donc l'action respiratoire. C'est pour parer partiellement à cet inconvénient que les femmes qui portent des corsets exagèrent la respiration costale supérieure ; sans corset la femme respirerait comme l'homme. La compensation n'est pas absolue d'ailleurs ; car s'il peut y avoir équivalence au point de vue de la quantité d'air introduite à chaque inspiration, il n'en est pas moins vrai que les bases des poumons ne subissent que peu ou pas de variation et que, par suite, le renouvellement des gaz ne doit pas être aussi complet que lorsque ces organes peuvent changer de volume dans toute leur étendue. Je n'insisterai pas sur ces inconvénients souvent signalés ; je ferai remarquer seulement qu'il deviennent beaucoup plus sensibles lorsque la femme a des efforts à exercer, un travail mécanique à produire, ce qui nécessite une grande consommation d'air.

Mais la constriction du thorax par le corset n'a pas seulement pour effet fâcheux de gêner la respiration, elle agit encore indirectement sur tous les organes du tube digestif. Nous allons le démontrer.

Admettons un instant que notre corset, représenté par un lien imaginaire, s'applique seulement sur la région épigastrique telle que nous l'avons définie. Nous le serrons à la façon d'une ceinture. Ce lien, chez une femme saine et de moyen embonpoint, passera au-dessous de l'estomac, du foie et des reins, en laissant ceux-ci dans l'espace libre qui s'étend de la taille aux fausses côtes ; cet espace est considérable dans l'espèce humaine et il est augmenté par la cavité du diaphragme. Si nous comprimons la région dans laquelle se trouvent ces organes, ainsi que la région thoracique inférieure, nous rétrécissons la partie supérieure de la cavité abdominale en en diminuant la voûte. L'immobilisation naturelle des côtes et l'immobilisation artificielle des fausses côtes ne laissent à la cavité thoracique que la ressource d'abaisser le diaphragme qui est nécessairement mobile.

Les viscères abdominaux, pressés concentriquement à leur partie supérieure et n'ayant plus l'espace épigastrique pour se développer, sont forcés de descendre et de faire saillie au-dessous du lien. Les résultats de cette constriction, résultats que nous constatons tous les jours, sont les suivants :

L'estomac, par sa partie supérieure, orifices et petite courbure, est fixe. Sa grande courbure, au contraire, est douée d'une grande mobilité. Au moment des repas, les aliments sont introduits à l'aide de contractions de l'œsophage et par leur propre poids.

Pendant la digestion, la partie antérieure de l'estomac se rapproche de la paroi abdominale sur laquelle elle prend un point d'appui pour exécuter ses mouvements physiologiques ; mais lorsque l'expulsion des aliments doit se faire, la région pilorique se trouve au niveau de la compression. L'estomac est alors forcé de lutter et cette lutte n'étant pas dans son rôle, il se fatigue, les aliments séjournent plus longtemps qu'il ne convient dans sa cavité, ils y subissent, par le fait de ce retard, des fermentations anormales, l'estomac se dilate et se déforme (1), son bord inférieur s'abaisse et il en résulte toutes les conséquences fâcheuses, bien connues maintenant depuis les travaux de M. le professeur Bouchard.

J'insiste sur ce point : les deux orifices de l'estomac sont comprimés, les mouvements physiologiques de cet organe sont gênés par la pression directe du corset et ces deux actions combinées s'opposant au rôle de ce viscère qui a besoin pour son bon fonctionnement de changer de volume et d'avoir de l'espace pour se développer, de ce viscère qui ne peut pas lutter contre les résistances mécaniques que nous lui appliquons, ces actions combinées, dis-je, entraînent des troubles graves des fonctions digestives et, par suite, de la nutrition générale. Il en résulte encore, par le fait de l'abaissement de l'estomac qui vient se loger au-dessous du corset, une augmentation de volume du ventre avec distension exagérée de la paroi abdominale lorsque les femmes sont vigoureuses, ou flaccidité lorsque leur santé est trop altérée. Si j'ajoute à cela les constipations opiniâtres surtout fréquentes chez les femmes et que j'attribue à l'usage du corset, les borborygmes qui se produisent lors d'un effort respi-

(1). Voir à ce sujet : Chabrié, De l'estomac biloculaire, *Thèse de doctorat* 1894, Toulouse.

ratoire, en montant un escalier, par exemple, et, du côté des organes génitaux, l'abaissement de l'utérus, je crois que le tableau sera suffisamment complet.

Ce n'est pas tout, la constriction exercée par le corset a également une influence sur le déplacement des reins, surtout du rein droit. En raison de ses rapports anatomiques, cet organe se trouve immédiatement intéressé. Il est en contact, en arrière, avec le diaphragme, qui le repousse lors de son abaissement, et, en avant, avec le foie, organe compact, incompressible qui le refoule en arrière. Ces compressions se produisent l'une et l'autre dans les deux sens, vertical et horizontal, et le rein se trouve forcément énucléé. Le même effet ne se produit pas également à gauche, car le rein gauche n'est en contact qu'avec la grosse tubérosité de l'estomac qui se laisse aisément déprimer ; et c'est ce qui explique la fréquence des ectopies seulement à droite.

Je ne voudrais pas exagérer et prétendre que le corset cause toujours des déplacements du rein et qu'il les cause seul ; je conviens que certains efforts violents, ceux qui se produisent pendant l'accouchement, en particulier, ainsi que le vide laissé par l'expulsion fœtale, peuvent avoir une influence réelle sur la production de ces déplacements, mais je ferai remarquer que les ectopies rénales se rencontrent aussi souvent chez les jeunes filles que chez les femmes qui ont eu des enfants, et que, d'autre part, ces ectopies s'accompagnent toujours de troubles gastriques, de dilatation et d'abaissement de l'estomac. Je puis donc, sans m'avancer trop, attribuer dans beaucoup de cas, ces actions néfastes au corset. Je crois en outre, étant donné que l'intégrité du tube digestif est indispensable au bon état de santé, qu'on attribue souvent à tort tous ces désordres à une maladie essentielle, tandis qu'il serait la plupart du temps bien plus logique de renverser la proposition et d'incriminer le mauvais état de nos fonctions nutritives, au lieu d'en accuser des désordres nerveux.

N'ayant eu en vue jusqu'ici que les effets produits par une constriction de l'épigastre et du thorax, je n'ai pas parlé de l'effet direct du corset sur le ventre. A ce sujet qu'il me soit permis de faire une comparaison.

Le fait de la constriction épigastrique, en resserrant la partie supérieure du ventre, donne à celui-ci une forme globulaire. Le

corset descend assez pour appuyer sur toute la partie supérieure de ce globe jusqu'à son point le plus saillant. Il est inutile de démontrer que ces effets se surajoutent aux précédents, en les aggravant ; on comprend que les viscères comprimés en haut par une constriction horizontale, le sont également vers le bas par une pression verticale ; il leur serait difficile de résister à ces actions combinées toutes en vue de leur abaissement.

Je crois avoir démontré que le corset, tel qu'on le fait actuellement, est un instrument dangereux. Les femmes l'adoptent dès leur jeune âge, pendant la période de leur développement ; il donne à leurs fonctions nutritives une mauvaise direction, dont elles se ressentent toute leur vie. J'irai plus loin et je prétends qu'il altère les formes au point de vue esthétique, il diminue la cambrure naturelle de la taille et empêche le redressement de la colonne vertébrale.

En avant, il rétrécit la région épigastre et rapproche le sternum de la taille de telle façon que la face antérieure du corps s'incurve et devient concave jusqu'au moment où le développement des seins et la proéminence du ventre lui donnent une forme tout à fait spéciale et qui n'a rien de commun avec la beauté. En un mot, il immobilise le buste dans une attitude vicieuse. Cette coutume est un vestige des usages barbares ; je ne saurais mieux la comparer qu'au pétrissage de la tête des enfants en vue des déformations craniennes, ou bien encore à l'emprisonnement des pieds chez les femmes chinoises. Certaines parties du corps ont besoin d'être libres, laissons-les libres, et que la santé, la souplesse, le libre développement soient considérés désormais comme le critérium de la beauté.

Après avoir critiqué le corset actuel, je vais indiquer les modifications qu'il y a lieu d'y apporter. Je me crois autorisée à le faire. Il y a dix ans que je cherche à me soustraire à la tyrannie de cet appareil, sans y parvenir. Aussi, n'ayant point réussi à trouver de corset entièrement satisfaisant, j'ai dû, moi-même, me mettre à l'œuvre, et je suis parvenue, après nombreuses expériences et non sans peine, à tracer les règles qui doivent présider à la confection de ce vêtement. Les voici :

« Le corset ne doit pas monter trop haut, de façon à ménager à l'estomac une place libre dans l'épigastre ;

« Son bord supérieur sera tenu un peu lâche pour permettre le mouvement aisé des côtes ;

« En arrière, il adoptera la cambrure de la taille, afin de ne pas gêner le redressement du corps ;

« En avant, il ne doit pas présenter de partie rétrécie au niveau de l'épigastre, de façon à ne pas couper, en quelque sorte, la cavité abdominale et à ne déplacer aucun viscère ;

« Enfin, il descendra jusqu'au pubis et s'appliquera à la paroi abdominale assez intimement pour tenir lieu de ceinture et présenter ainsi aux viscères abdominaux un point d'appui suffisant, soit à l'état de repos, soit dans les efforts que nécessitent les exercices violents. »

J'ajouterai qu'étant muni du plus petit nombre de baleines possible, il se transformera en un maillot plutôt qu'en une cuirasse.

J'ai fait l'expérience, je l'ai fait faire à d'autres, et je puis affirmer que si les femmes veulent bien sacrifier quelques centimètres de leur taille, il leur sera facile de s'affranchir de toutes les misères qu'elles doivent au corset.

Dans cette longue étude, je n'ai pas dit un mot du mode de soutien des seins ; le corset que je décris s'arrête bien au-dessous de ces organes et ne peut, par conséquent, leur servir de soutien. Cette abstention n'est nullement regrettable, car le fait d'emprisonner les seins dans des goussets imperméables, soit en raison du tissu employé, soit en raison du capitonnage dont on les remplit, a pour résultat de s'opposer à l'évaporation des sécrétions sudorales et, par suite, de diminuer la vitalité des glandes. Il est toujours fâcheux de gêner les échanges nutritifs dans un organe, et à plus forte raison, lorsqu'il s'agit des seins qui ont un rôle très important à remplir. Du reste, il sera très facile de les soutenir, s'il en est besoin, à l'aide d'une simple brassière en toile.

Les règles de construction que je viens d'établir ne me semblent point d'ailleurs incompatibles avec la beauté. A mon sens, les femmes les plus gracieuses, les plus élégantes, sont celles dont le corps est le plus souple, le plus droit, le plus librement développé.

Mon but serait atteint si ces indications pouvaient arriver aux oreilles auxquelles je les destine, c'est-à-dire aux femmes qui ont besoin de travailler pour gagner leur vie, à celles qui, re-

cherchant l'indépendance, veulent prendre part au genre de vie de l'homme et à ses exercices, aux mères de famille, enfin, qui ont besoin de leur santé pour avoir des enfants dans de bonnes conditions. Ne nous lassons pas de leur dire que la cuirasse a fait son temps. Ce sera un service à leur rendre que de leur ouvrir les yeux sur les dangers qu'elles courent; et je vous demande de plaider avec moi pour qu'on enseigne l'hygiène aux femmes avec le soin et la sollicitude que comporte cet enseignement.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(7e *article, voir les six numéros précédents.*)

—

Des lavages intra-utérins par gynécologie,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire.— Indications des lavages intra-utérins : comme moyen de déterger la muqueuse utérine avant les applications modificatrices ou caustiques ; comme moyen antiseptique, soit isolément, soit avant et après les interventions intra-utérines ; comme moyen hémostatique ; comme moyen modificateur direct de la muqueuse (lavages iodés de Frédéricq) ; leur action décongestive et réductrice dans les sub-involutions.

Contre-indications : contre-indication absolue : le moindre soupçon de grossesse, ou l'existence d'une affection néoplasique maligne ; contre-indications temporaires : l'existence d'une lésion inflammatoire aiguë des annexes, la sténose des orifices. Les lésions annexielles chroniques ne contre-indiquent que l'abaissement de l'utérus à la vulve ; dans tous les cas, il vaut mieux faire le lavage sans abaissement.

Substances employées pour les lavages intra-utérins : eau bouillie ; solutions antiseptiques, acide borique, acide phénique, sublimé, permanganate de potasse, acide picrique, etc. ; teinture d'iode, solution de perchlorure de fer, etc.

Appareil instrumental : Tige de Blondel pour les cas où l'utérus est peu dilatable ; sonde de Bozemann-Fritsch, modification de Frédéricq pour les lavages iodés ; sondes dilatatrices de Doléris, de Chéron, de Reverdin, etc.

Technique : Position de la malade : injection vaginale ; placement du spéculum à crémaillère ; nettoyage du col ; introduction du laveur ; pression du liquide, etc.

Résultats obtenus dans les sub-involutions ; dans les endométrites non compliquées de lésions des annexes ; dans les endométrites compliquées de lésions annexielles chroniques.

Depuis une douzaine d'années, les accoucheurs emploient les lavages intra-utérins comme moyen prophylactique de l'infection

puerpérale et comme moyen thérapeutique dans les hémorrhagies port-partum et les accidents dus à la rétention des membranes et du placenta. Les excellents résultats obtenus par ce procédé, l'innocuité absolue de cette pratique entre les mains expérimentées ont engagé les gynécologistes à l'employer à leur tour. Schrœder surtout à contribué à vulgariser cette excellente méthode qui, bien que récente, mais déjà très perfectionnée, est destinée à rendre les plus grands services dans le traitement des affections utérines.

Les lavages intra-utérins sont un excellent moyen de déterger la muqueuse utérine avant les applications modificatrices ou caustiques dont l'effet est ainsi plus assuré et plus puissant. Ils sont d'un emploi courant avant le curettage, pour aseptiser la cavité utérine, et après cette opération pour entraîner les débris de muqueuse que la curette n'a pas ramenés à l'extérieur. On les utilise, dans le même but, dans les interventions cavitaires, telles que extirpations de polypes fibreux, myomotomies, etc. En dehors même de toute intervention chirurgicale, on les utilise pour faire avorter une infection utérine récente, comme certaines infections blennorrhagiques prises dès le début. Pratiqués avec des solutions chaudes (45° à 48°), ils sont un puissant moyen d'hémostase, dans les métrorrhagies qui ne sont pas sous la dépendance d'une affection maligne de l'utérus. Si on ajoute à la solution des substances actives ou si on se sert, pour les lavages, de solutions actives par elles-mêmes, comme la teinture d'iode (Frédéricq), on en fait ainsi un moyen modificateur direct de la muqueuse. Enfin, dans les congestions chroniques, dans les subinvolutions, les lavages chauds ont un effet décongestif et résolutif qui est loin d'être négligeable et que nous avons maintes fois constaté, non seulement par la décoloration progressive du col, mais encore par l'abaissement de la température intra-utérine, par la réduction de volume en hauteur que démontre l'hystérométrie et la réduction en largeur qu'on mesure au cervicimètre.

En abordant ici le premier mode de traitement intra-utérin que nous ayons à décrire, nous dirons, une fois pour toutes, que le moindre soupçon de grossesse est une contre-indication absolue à l'emploi de cet ordre de moyens thérapeutiques.

Nous considérons également les affections néoplasiques malignes du corps de l'utérus comme une contre-indication absolue des lavages intra-utérins. Dans le cancer du corps de l'utérus, en effet, les lavages ne peuvent avoir, bien entendu, aucune action curative et ils peuvent être dangereux, en raison de l'amincissement des parois utérines en certains points et de la friabilité des tissus envahis par le néoplasme. Le mieux est donc de s'en abstenir complètement, en pareil cas.

Il n'en est pas ainsi dans les fibro-myomes utérins compliqués d'endométrite ; alors, les lavages peuvent être très utiles pour combattre les hémorrhagies symptomatiques, non du fibro-myome lui-même, mais de l'endométrite concomitante (Batuaud) (1). Il faut seulement, dans ce cas, plus que dans tout autre, assurer un retour très facile au liquide injecté dans l'utérus ; on sait, en effet, que l'on observe quelquefois, dans les utérus myomateux, une dilatation anormale de l'orifice utéro-tubaire, et, quelque rare que soit cette complication, il est bon de l'avoir toujours présente à l'esprit.

Les lésions inflammatoires aiguës des annexes contre-indiquent les lavages utérins — nous parlons, bien entendu, en dehors de l'état puerpéral, — mais cette contre-indication n'est que temporaire, car les lavages retrouvent toute leur utilité, une fois que la période d'acuité est terminée.

Contre-indication temporaire également, la sténose des orifices utérins ; il faut, en effet, que le canal cervical soit largement perméable dans toute sa hauteur pour que les lavages de la cavité puissent être pratiqués sans dangers. Si la sténose est peu prononcée, on aura recours aux sondes dilatatrices ; sinon, on fera, au préalable, quelques séances de dilatation. (La technique de la dilatation du canal cervical sera décrite bientôt.)

Les lésions chroniques des annexes ne contre-indiquent nullement les lavages utérins, mais ils doivent rendre très prudents dans l'emploi de l'abaissement artificiel de l'utérus. Nous considérons, du reste, d'une façon générale, qu'il y a tout avantage à pratiquer les divers modes de thérapeutique intra-utérine, en

(1) Voir sur ce sujet : J. Batuaud : *Les hémorrhagies dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage*, in-8° de 134 p. avec fig., Paris, 1891, Steinheil, éd.

laissant l'utérus dans sa position normale. Avec des instruments appropriés, les lavages, les injections, les applications de caustiques, etc., dans la cavité utérine se font presque aussi facilement sans abaisser l'utérus qu'avec l'abaissement artificiel, qui est une pratique presque toujours donloureuse et souvent dangereuse, surtout en cas de lésions annexielles ou même de simples périmétrites chroniques.

Quand on cherche simplement à déterger la muqueuse utérine, on peut faire les lavages à l'eau bouillie (Macan, de Dublin) et refroidie à la température de 38° à 40°.

Comme solutions antiseptiques, on utilise les mêmes solutions que pour les injections vaginales : acide borique à 4 % ; acide phénique à 1 % ; sublimé à 1/4000, permanganate de potasse à 1 0/00 ; acide picrique à 1 % (Chéron). Le permanganate de potasse est surtout réservé aux lavages contre l'infection blennorrhagique ; l'acide phénique, le sublimé et l'acide picrique aux lavages contre l'infection streptococcique. Cependant, quand il existe une affection rénale, l'acide phénique et le sublimé peuvent présenter des inconvénients et, alors même qu'il s'agirait d'une infection par le streptocoque ou par le staphylocoque, il est préférable de recourir au permanganate de potasse ou à l'acide picrique.

Les lavages à la teinture d'iode pure (Frédéricq) sont surtout employés dans le but de modifier les endométrites hyperplasiques diffuses : on associe, dans ce cas, l'action topique de la teinture d'iode à l'action thérapeutique du lavage proprement dit.

Contre les ménorrhagies et les métrorrhagies les lavages avec une solution aseptique ou antiseptique chaude (38° à 40°) sont indiqués ; dans les mêmes conditions, on emploie également le perchlorure de fer (cent gouttes de solution normale pour un litre d'eau), l'antipyrine à 1 %, etc.

Les laveurs utérins sont actuellement très nombreux ; nous ne parlerons que des principaux appareils utilisables en gynécologie, voulant éviter de compliquer l'arsenal chirurgical de nos lecteurs, suivant la règle que nous nous sommes imposée dans cette série d'articles, écrits spécialement pour les médecins praticiens.

Lorsque l'utérus est peu dilatable on aura recours avec avantage à la petite tige de BLONDEL (1). C'est un tube en forme d'hystéromètre, de 2 millimètres et demi de diamètre, terminé par une petite boule percée d'un ou de plusieurs orifices et muni, à l'extrémité opposée, d'un robinet pour le réglage du courant et d'un ajutage pour le tube en caoutchouc du récipient. Cet instrument, très simple, et que l'auteur ne cherche pas d'ailleurs à présenter comme une nouveauté, permet un lavage complet de la cavité utérine ; le liquide, étant à une faible pression, n'a aucune tendance à forcer l'orifice tubaire, et son retour est facile entre le tube et la paroi de l'utérus, en raison du très petit diamètre de l'instrument.

Pour les cas d'utérus à col suffisamment ouvert, chez des multipares par exemple, ou lorsqu'il n'y a aucun inconvénient à dilater le canal cervical avant de faire le lavage, un très bon appareil est la sonde de BOZEMANN-FRITSCH modifiée par SCHRŒDER. C'est une sonde métallique à double courbure, cylindrique et simple à sa partie extérieure, cylindro-conique et double dans sa portion utérine ; celle-ci se compose en effet : 1° extérieurement d'un tube creux perforé, non loin de l'extrémité, de deux yeux latéraux allongés, par où le liquide vient agir sur la muqueuse utérine et dans lesquels il repasse pour s'écouler par un dernier orifice placé de manière à se trouver, l'instrument étant en place, au-dessous de l'orifice externe du col ; 2° intérieurement d'un tube cylindrique, tube d'apport, s'arrêtant à une petite distance de l'extrémité du tube externe. Ces deux pièces sont réunies par un cylindre muni d'un pas de vis. SCHRŒDER s'est borné à perforer de plusieurs orifices (terminal, postérieur et antérieur, et non sur les côtés, pour éviter l'injection possible dans les trompes) le sommet de la sonde de Bozemann, ce qui permet une irrigation plus complète de la cavité utérine. Cet instrument est excellent, pourvu qu'il soit construit avec une courbure convenable et qu'il ne soit pas de trop gros diamètre.

Pour les grands lavages iodés, M. FRÉDÉRICQ (2) a modifié la sonde de SCHRŒDER. L'ouverture extra-utérine de cette nouvelle

(1) BLONDEL. *Sur les appareils destinés au lavage de l'utérus.* Société de thérapeutique, séance du 10 octobre 1894.

(2) FRÉDÉRICQ. Traitement des endométrites. *Annales et Bull. de la Société de médecine de Gand,* mars et avril 1890.

sonde se continue sous la forme d'un tube métallique court, auquel on adapte un long tube de caoutchouc qui conduit la teinture d'iode dans le réservoir placé sous le champ opératoire ; on évite ainsi le passage du caustique sur la muqueuse vaginale, sur les doigts de l'assistant qui tient le spéculum, ou sur le spéculum lui-même.

Enfin, nous avons à notre disposition les sondes dilatatrices de Chéron, de Doléris, de Reverdin. La sonde de Doléris, construite d'après un principe excellent, présente l'inconvénient capital d'être trop fragile, aussi l'a-t-on modifiée de bien des façons (Gache-Sarraute, Berlin, Blondel, etc.) La sonde de Reverdin est représentée par une véritable pince dilatatrice à branches creuses et très solides ; nous reprocherons seulement à cet instrument de manquer d'un mécanisme doux pour l'écartement des branches, qui se fait à la main, et de n'avoir que la courbure simple rendant son introduction difficile dans certains cas. Aussi, continuons-nous à nous servir de la sonde dilatatrice de Chéron, sonde à double courbure, à écartement graduel par une vis facile à manœuvrer et placée entre les deux branches de la sonde, enfin sonde dont l'ajutage métallique en Y est relié par deux tubes de caoutchouc aux branches de l'appareil, ce qui évite les ruptures trop fréquentes avec le modèle de Doléris.

Un récipient quelconque, le sac de caoutchouc déjà décrit pour les injections vaginales par exemple, complète l'appareil à lavage.

La malade est placée en travers de son lit, les deux pieds appuyés sur deux chaises, le siège assez en avant pour que les ischions soient tangents au bord du lit. Sous le siège une alèze imperméable repliée en gouttière est disposée de façon à conduire le liquide du lavage dans un réservoir quelconque placé entre les deux chaises dont nous venons de parler.

Injection vaginale préalable (voir le nº du mars 1895).

Mise à nu du col avec le spéculum à crémaillère.

Nettoyage du museau de tanche avec de l'ouate hydrophile montée sur une pince à pansement.

Le réservoir contenant le liquide à injecter doit être placé à 50 centimètres au plus au-dessus du siège de la malade ; cette pression est suffisante pour faire un bon lavage.

La solution doit être à 38° à 40° si on veut qu'elle ne provoque pas de coliques.

La sonde à lavage est poussée doucement jusqu'au fond de la cavité utérine, ce qui est facile à faire, sous le contrôle de la vue, quand on connaît au préalable la direction de l'axe cervico-utérin, dans les cas à traiter, et quand on a un instrument de courbure appropriée.

Pendant tout le temps que dure le lavage, on doit s'assurer que le retour du liquide injecté est très facile ; en cas de spasme du col, on arrêterait immédiatement l'injection et on retirerait la sonde sans retard. Avec les sondes dilatatrices du reste, on n'a pas à redouter cet accident, si on écarte largement les branches de l'appareil avant de laisser passer le liquide. Cela ne survient, avec la sonde de Bozemann, que par obstruction des orifices de sortie par des caillots ; il faut alors retirer la sonde, la démonter et la nettoyer avant de reprendre le lavage.

La quantité de liquide pour chaque lavage doit être de 1 à 2 litres, si on fait usage des solutions antiseptiques ; de 100 à 150 grammes si on a recours aux lavages iodés.

Les lavages sont répétés, tous les jours, ou tous les deux jours et suivis d'un pansement approprié (voir le n° d'avril 1895).

L'asepsie des appareils, entièrement métalliques, est facile à réaliser (voir le n° de janvier 1895), de même que celle des mains de l'opérateur.

Les résultats obtenus, à la suite d'une série de lavages intra-utérins, sont excellents dans les sub-involutions ; il est, en effet, peu de moyens aussi efficaces pour réduire le volume de l'utérus à ses dimensions normales. Dans les endométrites, leur action antiseptique, l'efficacité qu'elles assurent aux applications modificatrices que nous étudierons prochainement, les rendent précieux, aussi bien dans la forme leucorrhéique que dans la forme hémorrhagique. Enfin, dans les endométrites compliquées de lésions des annexes, ils empêchent les réinfections de la cavité utérine par le pus qui vient des trompes de Fallope ; ils assurent et complètent le drainage, par les voies naturelles, des collections tubaires non enkystées. Les lavages intra-utérins sont sans danger, même dans le cas de suppuration pelvienne, à la

seule condition d'éviter l'abaissement artificiel de l'utérus et de prendre les précautions antiseptiques d'usage.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

(*Suite et fin.*)

M. Démelin (de Paris). — **Note statistique sur l'opération césarienne depuis 1887.**— J'ai rassemblé le plus grand nombre d'opérations césariennes et d'opérations de Porro, pratiquées depuis 1887, qu'il m'a été possible de recueillir. On ne juge en effet de la valeur d'une méthode opératoire qu'avec beaucoup de faits, provenant d'opérateurs nombreux, autrement, certaines conditions d'habileté individuelle ou autres vicient l'appréciation. En bloc, j'ai trouvé 164 césarotomies, avec 22 0/0 de mortalité maternelle et 21 0/0 de mortalité fœtale, et 55 opérations de Porro, avec 23 0/0 de mortalité maternelle et 50 0/0 de mortalité fœtale. Le pronostic s'améliore au fur et à mesure qu'on se rapproche du temps présent. Ainsi, depuis 1890, les césariennes conservatrices donnent 20 0/0 de mortalité et les Porro 20 0/0 ; depuis 1893, les césariennes 20 0/0 et les Porro 10 0/0. Le pronostic fœtal est toujours moins bon dans les Porro, dans la proportion de 2 à 1. C'est qu'on fait surtout l'opération de Porro quand il y a menace d'infection, parce que le travail dure depuis longtemps et que l'enfant a déjà souffert. La rapidité de l'acte opératoire a son importance : le pronostic est moins bon dès qu'on dépasse une demi-heure à trois quarts d'heure. Actuellement, la tendance est en faveur de l'opération césarienne conservatrice. Celle-ci a été faite, autant que j'ai pu savoir, 94 fois pour bassin rétréci, 19 fois pour fibrome, 11 fois pour cancer, 3 fois pour tumeur ovarienne, 9 fois pour tumeurs diverses, 13 fois pour éclampsie. Les 94 opérations césariennes pour bassin rétréci comportent 74 opérations faites pour bassin rachitique, avec une mortalité maternelle de 14 0/0 et une mortalité fœtale de 15 0/0, 4 pour bassin pseudo-ostéomalacique, 8 pour bassin ostéomalacique, 3 pour bassin cyphoscoliotique, 3 pour bassin cyphotique, 1 pour bassin coxalgique, 1 pour bassin

spondylolisthésique. Dans les cas de fibrome, il semble, d'après les chiffres, plus avantageux de pratiquer le Porro. Par contre, dans les cas de cancer, il paraît plus avantageux de recourir à la section césarienne qui donne une mortalité maternelle de 0 0/0, tandis que l'opération de Porro donne 66 0/0. Dans l'éclampsie, la mortalité maternelle est de 30 0/0 et la mortalité infantile de 38 0/0.

Enfin, chose singulière, beaucoup d'enfants césariens naissent en état de mort apparente, et nombre d'entre eux succombent dans la première année. La proportion est, pour les enfants nés par les voies naturelles, de 18 %, tandis que pour les césariens elle est de 40 %.

M. Treub (de Leyde), dans son intéressante communication, M. Guéniot nous a dit qu'en pratiquant la symphyséotomie sur un bassin oblique ovalaire, il avait craint une coxalgie. C'est là une crainte que l'on peut avoir en présence de tout bassin. Il est donc important, avant d'opérer, de savoir si les symphyses sacro-iliaques ne sont pas ankylosées. Il y a pour cela un moyen bien simple et qui n'est pas nouveau puisqu'il remonte à 1620. On lui a donné le nom de position supinée italienne et qui n'est autre que celle que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de position de Walcher. Cette situation de la femme donne un agrandissement du diamètre antéro-postérieur très appréciable. Entre la position obstétricale ordinaire et celle de Walcher, ce diamètre présente une différence de 9 à 10 millim. ; si donc on n'obtient pas cet écart chez une femme, on peut craindre un état pathologique des symphyses sacro-iliaques. Je ne fais jamais de forceps au détroit supérieur ; j'ai toujours recours à la version, la femme étant dans la position de Walcher et elle m'a donné d'excellents résultats.

M. Tarnier est étonné que M. Treub ait constaté une différence aussi grande. Il n'a trouvé lui, qu'un écart de 5 millim. D'autre part, quand une tête poussée par de fortes contractions, s'engage au détroit supérieur, elle doit faire basculer la base du sacrum et le diamètre antéro-postérieur gagne à ce moment ce que lui aurait donné la position de Walcher qui, alors ne donnera plus rien.

M. Treub croit pouvoir être affirmatif. Il cite l'observation d'une femme chez laquelle, à un premier accouchement, il dut

faire la perforation. Deuxième grossesse, accouchement provoqué à 8 mois, perforation. Toisième grossesse, avortement. Quatrième grossesse, extraction par la version d'un enfant de 3.000 grammes.

M. TARNIER. — Si M. Treub ne fait jamais de forceps au détroit supérieur, en France on a recours volontiers à ce moyen, et lorsqu'on fait des tractions développant 20, 30, 40 kilos, forcément le mouvement de bascule doit se faire comme dans la position de Walcher.

M. CHARPENTIER rappelle que la position de Walcher est fortement battue en brèche en Allemagne.

M. TREUB a lu le travail auquel M. Charpentier fait allusion. Mais l'auteur a fait des expériences purement anatomiques. Au point de vue clinique, d'après ce qu'il a pu observer. M. Treub a trouvé une différence de 9 à 10 millim. en moyenne entre les deux positions.

M. PUECH (de Montpellier). — **Observation d'un cas de vomissements incoercibles de la grossesse.** — Tous les moyens auxquels on a eu recours en pareil cas avaient échoué; la malade était dans un état inquiétant, accidents nerveux. Appelé en consultation, M. Puech trouve la situation assez grave pour provoquer l'avortement par la curette. Guérison très rapide.

M. GAULARD dit que provoquer l'avortement est toujours une chose délicate et il est très difficile de dire quand on doit y recourir dans les vomissements incoercibles. Dès sa première visite, M. Puech vide l'utérus. C'est aller un peu vite. Le signe le plus important sur lequel on peut se guider, c'est la fièvre. Or, M. Puech ne l'a pas noté. M. Gaulard n'a pas grande confiance en ce signe, il a vu souvent de l'hypothermie. Avant de recourir à l'avortement, il faut épuiser autant que possible la liste des autres moyens. Cette femme avait des antécédents neurasthéniques. On aurait pu essayer l'hypnotisme, la suggestion. Mais en admettant qu'il ait fallu intervenir, la curette n'est pas l'instrument de choix. S'il est facile de curetter un utérus gravide de deux mois, il n'en est plus de même à 4 mois. On fait alors une très mauvaise besogne. Il y a donc des distinctions à établir.

M. CHARPENTIER. — Plus son expérience devient grande, plus il devient interventionniste. Il a perdu un certain nombre de femmes qu'il eût peut-être sauvées en agissant plus tôt. Il a cher-

ché un signe qui permît de fixer le moment de l'intervention. Il a cru le trouver dans l'amaigrissement. Mais quand on a décidé d'intervenir, il faudra le faire de différentes manières, suivant l'âge de la grossesse. Jusqu'à deux mois et demi, la curette réussit très bien. Après trois mois et demi, quatre mois, il provoque l'avortement en introduisant dans l'utérus et en le promenant autour de l'œuf, un hystéromètre chargé de nitrate d'argent. Ce procédé lui donne d'excellents résultats.

M. Marduel (de Lyon) a été appelé en consultation avec M. Fochier auprès d'une secondipare de 24 ans, enceinte de trois mois et demi environ, qui était atteinte de vomissements incoercibles et de perte de la vue. Il y avait de l'œdème papillaire et péri-papillaire et de petites hémorrhagies rétiniennes qu'un spécialiste attribua à des lésions cérébrales et qui porta un pronostic des plus graves. En désespoir de cause, un vésicatoire fut appliqué sur la nuque ; retour de la vision ; disparition des troubles gastriques. On fait dire à MM. Marduel et Fochier que la malade allait très bien. Ils cessent de la voir. Au bout de quelques jours ils sont rappelés, la malade a du délire et ne tarde pas à mourir.

M. Maygrier demande si cette femme était albuminurique.

M. Marduel a examiné plusieurs fois les urines, il y avait des traces indosables d'albumine.

M. Fochier a remarqué que dans les cas de vomissements incoercibles, le placenta est plus adhérent.

M. Queirel (de Marseille) a fait des recherches sur 200 cadavres de femmes de 17 à 49 ans pour voir dans quelle proportion on trouvait la symphyse ankylosée. Il n'a jamais rencontré cette anomalie. Une fois il a trouvé une disposition particulière : la partie supérieure de la symphyse était dirigée de droite à gauche et de haut en bas, formant un angle obtus avec la partie inférieure. Sur ces 200 cas, 158 fois la symphyse était médiane, 19 fois elle était à gauche et 23 à droite.

M. Porak. — Dans certains cas, le cartilage interpubien est très mince et alors l'articulation est très difficile à ouvrir. Il faut toujours avoir près de soi une scie à chaîne. Dans un cas de ce genre qu'il a opéré tout dernièrement, la symphyse ne remuait pas et il a eu beaucoup de difficulté à sectionner l'articulation.

M. Budin. — Dans le fait signalé par M. Queirel où il y avait une disposition particulière de l'articulation, il s'agissait sans dou-

de du cadavre d'une femme qui n'était pas morte de couches. Si voulant faire une symphyséotomie, M. Queirel s'était trouvé en présence d'un cas de ce genre, peut-être aurait-il cru à une soudure de la symphyse. Qu'aurait-il fait alors ? N'aurait-il pas été tenté de prendre la scie à chaine ? Personnellement, je me suis demandé si la soudure des symphyses pouvait exister à la fin de la grossesse, car j'ai autrefois examiné un très grand nombre de femmes enceintes au point de vue de la mobilité des os du pubis et chez toutes j'avais constaté cette mobilité. Cependant quelques opérateurs ont déclaré qu'ils avaient rencontré la soudure de la symphyse. Il faudrait donc admettre qu'ils se sont trompés. Vous venez d'entendre M. Porak nous dire combien, dans sa dernière observation, la mobilité était peu grande. L'avait-il cherchée avant d'intervenir ? Je ne puis que faire allusion à un fait qui ne m'appartient pas, mais observé sur le cadavre par un de mes internes et qui aurait certainement conduit lui aussi à l'emploi de la scie à chaîne. Enfin, il y a quelques jours faisant à l'amphithéâtre des recherches sur le cadavre d'une femme morte d'éclampsie, sans être accouchée, nous ne pouvions malgré les mouvements étendus que nous imprimions aux deux membres inférieurs, constater de mobilité au niveau de la symphyse pubienne. De plus, la peau du pubis ayant été sectionnée, on ne trouvait point au toucher, l'encoche que l'on rencontre parfois entre les deux épines du pubis et qui peut aussi servir de guide dans l'opération. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas lásy nostose des os et pour mieux établir la disposition anatomique, nous avons d'un trait de scie fait de chaque côté, enlevé la paroi antérieure du bassin. En réalité, il n'y avait pas soudure des os, mais il n'existait entre eux qu'un intervalle très mince recouvert de tissu fibreux, il n'existait presque pas de cartilage inter-articulaire. En pratique, on doit toujours s'assurer qu'il existe de la mobilité au niveau de la symphyse pubienne et si cette mobilité normale à la fin de la grossesse n'existe pas, on pourra s'attendre, comme cela est arrivé à M. Porak, à des difficultés opératoires.

M. Porak. — J'avais cherché, dans l'observation que j'ai rapportée, s'il existait de la mobilité de la symphyse. Je n'avais éprouvé qu'une sensation très vague et je me suis rendu compte ultérieurement que ce que j'avais pris pour des déplacement des os, n'avait dû être que la conséquence des contractions musculaires.

M. Guéniot. — Dans ces cas, on se sert avec avantage du ciseau ou du maillet. Mais parfois, la symphyse pubienne étant ouverte, l'écartement ne se produit pas spontanément, les symphyses sacro-iliaques résistent. On est obligé alors d'écarter l'un de l'autre les pubis et ce n'est pas toujours sans difficultés.

M. Margoulieff. — Une observation de rigidité du col héréditaire.

M. Démelin présente au nom du Dr Tsakiris (de Constantinople) *un double crochet à courbure pelvienne*, construit par M. Mathieu, destiné *à être appliqué sur les plis de l'aine du siège décomplété* (mode des fesses). — Les deux branches de cet instrument étant tubulées à partir de l'articulation on peut, après avoir introduit séparément et articulé les deux branches passer dans la tubulure une baleine au bout de laquelle un lacs de soie est attaché. En désarticulant et en retirant successivement les deux branches, le lacs se trouve placé. Cet instrument peut servir : 1° Comme double crochet moins dangereux que le crochet simple. 2° Comme porte lacs. Avec son aide on peut passer facilement et sans danger un lacs aussi bien sur un pli que sur les deux plis de l'aine.

La séance est levée et M. Guéniot donne rendez-vous pour l'année prochaine à pareille époque. Léon Merle.

(*Progrès méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1895.

DES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. Ricard pense que le danger, dans l'hystérectomie vaginale, réside surtout dans le placement des pinces secondaires, qui seules peuvent atteindre l'uretère. Le diagnostic de ces fistules uretéro-vaginales est loin d'être aisé ; on doit les confondre souvent avec de petites fistules vésico-vaginales ; et cela lui est arrivé, malgré un examen clinique très attentif. Je ne crois guère à la guérison spontanée des fistules de l'uretère, tandis que pour les fistules vésicales cette terminaison se voit assez souvent.

M. Tuffier répond. On connait actuellement 40 observations de fistules uretéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie. Donc l'uretère est en danger. Sur 28 cas où le côté de la fistule est no-

té, 7 fois seulement elle siégeait à gauche. On aura beau dire : On a prouvé que les fistules latérales existent et que les plaies de l'uretère guérissent spontanément. Il est un moyen bien simple de faire le diagnostic des fistules uretéro-vaginales : c'est de pratiquer la cystoscopie et de faire le cathétérisme rétrograde de l'uretère. Il est désormais entendu, en ce qui concerne le traitement, qu'il faut abandonner la néphrectomie. Je reste partisan de la voie vaginale, au moins quand elle est possible.

M. Bazy préfère dans tous les cas la voie abdominale, car elle n'est pas grave.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROMES

M. Reynier fait remarquer que le procédé de M. Richelot ressemble beaucoup à celui de M. Langfer (1893) ; ce chirurgien enlève d'abord les annexes et ouvre le cul-de sac postérieur au lieu de perforer la base du ligament large. Je trouve que la méthode qui consiste à extirper le pédicule de l'hystérectomie abdominale par le vagin donne actuellement de bons résultats.

Séance du 26 juin 1895.

ASEPSIE DES ÉPONGES.

M. Michaux a fait une série d'expériences démontrant qu'il est possible d'avoir des éponges parfaitement aseptiques.

M. Quenu ne croit pas que ce soit un progrès de revenir à l'emploi des éponges. Il maintient qu'il n'y a pas de bonne asepsie possible avec les éponges.

M. Lucas-Championnière proteste énergiquement contre l'opinion soutenue par M. Quenu : libre à lui de ne pas se servir d'éponges, mais il ne saurait imposer son opinion à tous les chirurgiens.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

M. Richelot répond à ses collègues qu'ils ont fait une confusion entre deux mots de la langue française : définitif et exclusif. Ils lui ont reproché d'avoir son procédé définitif, parce que la grande variété des fibromes abdominaux oblige les chirurgiens à varier leur conduite. Il n'y a pas de méthode exclusive,

de procédé unique permettant d'aborder de la même façon les tumeurs interstitielles du volume d'une tête de fœtus et les énormes fibromes inclus dans un ligament et décollant au loin le péritoine pariétal. Mis en demeure d'enlever un utérus qui contient un ou plusieurs fibromes dans son épaisseur ou à sa surface, M. Richelot a maintenant un procédé qui lui paraît le meilleur et auquel il se tient sans faire plus de recherches.

M. Richelot insiste peu sur la comparaison que M. Reynier a fait entre son procédé et celui de Langfair. M. Segond l'a défendu. Il est clair qu'au point où en est la chirurgie, on n'a plus rien à inventer de fond en comble. M. Richelot ouvre l'abdomen comme tout le monde, perfore le cul-de-sac antérieur du vagin sans la moindre originalité ; avant lui ou en même temps que lui, on s'est servi de pinces à demeure dans l'hystérectomie abdominale, mais il a dit qu'on n'avait pas encore touché le but.

Ce qui rend une opération nouvelle, ce n'est pas l'ensemble des temps dont elle se compose, c'est un détail souvent minime en apparence, mais qui lui donne un cachet particulier, une simplicité plus grande, un meilleur pronostic. A ce point de vue, M. Richelot ne voit aucun rapport entre son opération et celle de Langfair. Il sectionne et lie une partie des ligaments larges, il ouvre le cul-de-sac de Douglas ; M. Richelot proscrit toute ligature et n'ouvre le vagin qu'en avant, mais il pratique un orifice à la base du ligament pour y insinuer son mors postérieur. C'est là le nœud de la question, le détail spécifique dont il vient de parler ; c'est là le temps qui, dans les opérations les plus ardues, lui a toujours paru simple et ne lui a donné aucun déboire.

Impossible de blesser l'artère utérine en agissant de la sorte. Impossible de toucher l'uretère, en poussant la pince en haut et en dehors des annexes. Dans l'hystérectomie vaginale, on blesse l'uretère en poussant trop haut une pince trop longue, mais ici, on est au pied du ligament sous lequel passe l'uretère.

On a dit qu'avec les fibromes très volumineux les ligaments larges étaient trop hauts pour être pris dans une seule pince. M. Richelot est sûr du contraire. Deux cas, en effet, peuvent se présenter : si le fibrome est développé aux dépens de l'utérus, il peut être énorme, dépasser l'ombilic, remplir le ventre, les ligaments sont à leur place dans le petit bassin et la pince se manie aisément sur les côtés du col. Si, au contraire, la tumeur est

incluse dans le segment inférieur, elle remplit la cavité pelvienne, s'élève plus ou moins au-dessus du pubis, et on trouve à son sommet, tout en haut, le fond d'utérus et les annexes. Le bord supérieur du ligament peut être alors au-dessus de l'ombilic. Il faut donc énucléer la tumeur à l'aide d'une incision médiane; l'utérus vidé devient flasque, le segment inférieur s'amincit, le fond de l'organe s'abaisse, le ligament large descend à volonté et la pince est trop longue pour lui.

L'énucléation préalable ne donne pas beaucoup de sang, quand on fait l'incision sur la ligne médiane, ou quand on ouvre des loges petites, saillantes à droite et à gauche. Elle prolonge peu la durée de l'opération.

La réponse de M. Richelot à M. Schwartz est contenue tout entière dans l'opération qu'il a faite sous ses yeux, il y a quelques jours, à l'hôpital Cochin. Le fibrome, développé dans le segment inférieur, remplissait l'excavation et M. Richelot n'a pu l'en faire sortir ; les ligaments larges et le fond de l'utérus, contenant lui-même un fibrome, dépassaient l'ombilic ; le vagin, au fond duquel la tumeur faisait saillie, était d'une étroitesse absolument inusitée. L'utérus mis à nu, il a bientôt vu qu'il fallait tourner la difficulté principale en extrayant d'abord les fibromes. Il a attaqué franchement le tissu utérin sur la ligne médiane, la grosse masse pelvienne est sortie par morcellement, et M. Schwartz a pu voir comme l'utérus vidé devient complaisant, et comme les ligaments se laissent engager entre les mors de la grande pince. L'opération promettait de grosses difficultés, elle a été laborieuse ; mais seuls les temps accessoires ont donné de la peine, et c'est le détail spécifique, le trou dans le ligament large et le placement de la pince, qui ont été simples.

M. Richelot relève surtout dans le discours de M. Segond l'insistance qu'il a mise à revenir sur la comparaison qu'il avait faite entre le résultat immédiat de l'hystérectomie abdominale, telle qu'il la conçoit, et celui d'une hystérectomie vaginale : ainsi les pinces à demeure sans aucune ligature, et sans occlusion du péritoine.

M. Richelot revient sur certains détails du manuel opératoire : il a dit qu'il fallait se placer entre les jambes de la femme ; il renonçait au plan incliné. Or, le professeur Landau (de Berlin), qui assistait à une de ses opérations, lui a donné l'idée, qui aurait

bien pu lui venir toute seule, d'incliner, du côté de la tête, le lit de Mariaud ou tout autre analogue. Il a procédé de la sorte à Saint-Louis le 18 mai, à Saint-Antoine le 24, à Cochin le 25.

M. Richelot a peut-être eu tort de dire que, dans la désinsertion du vagin en avant, « rien ne saigne, pas plus que dans l'hystérectomie vaginale ». Les ciseaux peuvent atteindre une artériole ou des sinus veineux rampant sur le col, à droite et à gauche. Si on ignore d'où le sang peut venir, on hésite, on ne saisit rien, on laisse un flot de sang remplir le champ opératoire. C'est sur la face antérieure du col qu'il faut mettre le doigt et pincer provisoirement. Il faut aussi se rappeler que le museau de tanche est tout petit, qu'un ou deux coups de ciseaux vous mènent à la base du ligament large et qu'en allant plus loin, on risque de trouver les branches de l'utérine.

Les pinces du ligament large doivent avoir beaucoup de « bande », pour que leur extrémité ne laisse pas glisser le bord supérieur.

Un point auquel il tient beaucoup, c'est l'hémostase complémentaire sur la tranche postérieure du vagin. On lui a demandé pourquoi il allongeait l'opération en s'obstinant à mettre plusieurs longuettes sur ces points saignants ; et on lui a dit que, l'hystérectomie vaginale, le suintement sanguin s'arrête tout seul et que des tampons suffisent. L'argument est très mauvais ; M. Richelot tient, dans l'hystérectomie vaginale, à une hémostasse complémentaire très soignée, et il s'arrête quand il ne voit plus une goutte de sang. Il connait des malheurs arrivés par insuffisance d'hémostase, pendant que les pinces étaient en place ; il sait des chirurgiens dont les internes s'attendent, après les hystérectomies vaginales, à être appelés dans la journée auprès de la malade qui saigne.

Il tient d'autant plus à achever l'hémostase avec les pinces qu'il refuse de tamponner dans le ventre, au delà des points qui saignent. Il place les tampons dans le vagin, à l'entrée du péritoine ici comme dans l'hystérectomie vaginale. L'extrémité des grandes pinces est libre dans l'abdomen, sans inconvénient.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mai

OCCLUSION INTESTINALE CHRONIQUE CONSÉCUTIVE A UNE HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. VOMISSEMENTS NOIRS.

M. Mathieu. — Je présente à la Société les pièces anatomiques d'une femme envoyée d'un service de chirurgie dans mon service avec le diagnostic de cancer de l'estomac. Elle était, en effet, très amaigrie, incapable de se tenir debout, et, le jour même de son entrée, elle eut — comme cela lui arrivait depuis quelque temps — un vomissement noir abondant, semblable à du chocolat à l'eau. Il se renouvela les jours suivants, mais, au cinquième jour, ces vomissements prirent l'aspect fécaloïde. Ce caractère, l'existence d'une constipation opiniâtre, la saillie des anses intestinales que l'on voyait se contracter sous les parois distendues de l'abdomen, me firent alors renoncer à mon premier diagnostic pour celui d'occlusion intestinale. J'allais confier la malade à un collègue de chirurgie lorsqu'elle mourut.

A l'autopsie, à dix centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouva une petite anse intestinale grêle, longue de six à sept centimètres, engagée dans l'épaisseur d'une sorte de lame cicatricielle résultant d'une hystérectomie vaginale pratiquée dix-huit mois auparavant pour des accidents utérins. Rien à l'estomac.

En plus du fait anatomique ci-dessus, cette observation montre que les vomissements noirs peuvent survenir par suite d'occlusion intestinale et que, se combinant aux troubles dyspeptiques dus à cette occlusion incomplète, ils peuvent faire croire au cancer de l'estomac. (*Bulletin médical.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

POLYPE PLACENTAIRE D'APPARENCE FIBRINEUSE

M. Ch. Lévi montre un utérus renfermant un polype d'apparence fibrineuse, enlevé par M. Lejars. L'examen histologique a montré que, malgré l'aspect fibrineux, la tumeur était en réalité d'origine placentaire.

M. Chaput fait ressortir à ce sujet combien souvent est difficile

le diagnostic de ces polypes avec la métrite chronique et avec les fibromes.

M. Cornil dit que l'on ne connait pas d'observation authentique de polypes fibrineux, mais que sous ce nom on a confondu un certain nombre de tumeurs qui sont revêtues à leur surface de caillots fibrineux, mais qui sont constituées dans tous les cas par un substratum de nature différente. Cette apparence polypeuse est donnée tantôt par des villosités placentaires, tantôt par des œufs de Naboth, tantôt par des épaississements fibreux au centre desquels on rencontre des vestiges de glandes, tantôt enfin par une transformation fibreuse de l'insertion placentaire. Le diagnostic clinique de ces tumeurs est le plus souvent impossible et l'examen histologique seul permet d'en définir exactement la nature.

UTÉRUS BICORNE.

M. Mouchet présente les organes génitaux d'une femme chez laquelle on avait pratiqué un curettage pour métrorrhagie à la suite d'accouchement. L'examen à l'hystéromètre, la dilatation, l'opération s'étaient faits sans incident. Un jour pourtant on eut de la difficulté à pénétrer dans la cavité utérine.

L'examen de l'utérus fait constater une cloison divisant la cavité de l'utérus, et montre que l'infection de l'organe est à peu près limitée à un seul côté, avec abcès périmétrique, adhérence de l'épiploon, endométrite et salpingite. La cavité du col était unique.

FIBRO-SARCOME DE LA PAROI ABDOMINALE.

M. Mermet présente un fibro-sarcome peu volumineux enlevé à la paroi abdominale d'une femme de trente ans. Cette tumeur s'était développée rapidement et avait atteint le volume d'un œuf en une année, elle était en rapport avec l'épine iliaque antérieure et supérieure, et paraissait s'y rattacher par un pédicule; elle n'était pas encapsulée ; d'ailleurs, au microscope, on peut suivre les fibres musculaires pénétrant la tumeur et la traversant.

SARCOME DU SEIN AVEC KYSTE SANGUIN.

M. Mermet présente le sein d'une femme de cinquante-deux-

ans, opérée à Saint-Louis pour une tumeur assez volumineuse qui s'était développée très rapidement, surtout à la suite d'un choc violent. Les symptômes cliniques firent diagnostiquer un cysto-sarcome. L'étude anatomique, post-opératoire, montra, en effet, qu'en arrière et en dedans de la tumeur se trouvait un kyste séro-sanguinolent, dont la surface interne était aréolaire et analogue aux cavités cardiaques. On vit au microscope que ce kyste s'était développé par rupture des vaisseaux de la région périphérique de la tumeur, car on ne trouva pas de dégénérescence en arrière de la poche kystique.

SIXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Tenu à Vienne du 5 au 7 Juin 1895

Par le Dr Ch. Boisleux.

M. V. Winckel (de Munich). — **De l'étiologie et de la symptomatologie de l'endométrite.**

Le col et le corps de l'utérus ont une structure anatomique différente. Les glandes du corps sont simples à une seule tubulure, tandis que celles du col sont ramifiées et se terminent en plusieurs culs-de-sac. Le col présente plus d'analogie avec le vagin. Le col et le corps sont séparés par un *isthme* qui empêche les impuretés de pénétrer du col dans le fond de l'utérus. Autrefois on distinguait l'endométrite du corps, l'endométrite du col ; aujourd'hui, grâce à nos connaissances nouvelles en bactériologie, il n'est plus possible de conserver cette distinction ; on peut classer les endométrites en deux groupes principaux : 1° les endométrites *simples catarrhales* non *microbiennes* ; 2° les endométrites *purulentes* et microbiennes.

Dans la première catégorie nous comprenons : *a*) le *simple catarrhe* de l'utérus qui le plus souvent est déterminé par une congestion intense de l'utérus et un obstacle au retour du sang veineux de l'utérus. Ce catarrhe peut se présenter à la suite de manque de soins de propreté du côté des organes génitaux, de constipation opiniâtre, par suite de chlorose, anémie, leucémie. Les troubles de la menstruation, les maladies du système nerveux, l'état puerpéral, les néoplasmes de l'utérus et les maladies des

ovaires sont autant de causes qui peuvent provoquer un catarrhe de l'utérus ; *b*) les métrites *hémorragiques* qui s'observent à la suite de brûlures étendues, d'empoisonnement ; *c*) les métrites *déciduales* à la suite d'un avortement, polype placentaire ; *d*) métrite *exfoliative* ou *membraneuse*, celle où l'on voit *expulser* une *membrane muqueuse*. Il s'agit, selon moi, d'une inflammation locale.

En résumé, si l'on considère les causes de l'endométrite simple, on peut admettre comme vraisemblable l'origine microbienne d'un grand nombre de ces endométrites, bien que ceci ne soit pas scientifiquement démontré. Toutefois, nous ne pouvons admettre comme Péraire (Thèse, Paris 1889) que toutes les métrites et endométrites sont de nature microbienne.

Dans la seconde catégorie, les endométrites purulentes ou d'origine microbienne sont celles où les microbes pénètrent directement dans la muqueuse déjà pathologique.

a) L'endométrite GONORRHÉIQUE est causée par le gonococcus de *Neisser*.

Ce microbe, ou diplococcus, se rencontre chez la femme : — 85 % dans l'urèthre, — 37 à 47 % dans le col, — 33 % dans les trompes, — 44,4 % dans le vagin, — 12 à 25 % à la vulve. Dans le col de l'utérus, les gonococcus peuvent, ou bien pénétrer les parois de l'utérus jusqu'au péritoine, ou bien se propager dans la muqueuse du fond de l'utérus. Les gonococcus conservent leur virulence pendant des années entières. Quant à la fréquence de la gonorrhée, elle varie de 12 à 30 % chez les femmes malades. C'est-à-dire que sur 100 femmes malades de diverses affections, il peut y en avoir de 12 à 30 qui soient atteintes de gonorrhée.

b) L'endométrite TUBERCULEUSE. Les trompes sont le plus souvent le siège de la tuberculose chez la femme : la tuberculose utérine est plus rare, enfin très rare est la tuberculose du col et du vagin. En général, on peut dire que la tuberculose génitale est secondaire ; la plus fréquente, de beaucoup, est la tuberculose pulmonaire.

c) L'endométrite puerpérale SEPTIQUE, qui est le plus souvent causée par des streptococcus. Les staphylococcus jouent seulement là un rôle secondaire. Les streptococcus pénètrent la muqueuse utérine, la traversent et vont jusque dans le péritoine. Ils s'associent parfois aux streptococcus et aux diplococcus. La

virulence des streptocoques varie suivant le lieu de l'inoculation. Les accouchements laborieux où l'on est obligé d'intervenir, les hémorragies graves prédisposent à l'infection. Les streptococcus se trouvent également dans les endométrites septiques non puerpérales. On a aussi plusieurs fois rencontré, outre le streptococcus, le bactérium *coli commune*.

d) L'endométrite SAPROPHYTIQUE est causée par des saprophytes ou microbes non pathogènes, tel que le *proteus vulgaris*, le bacille saprogène de Rosenbach, le bacille pyogène fétide, c'est aussi une forme que l'on rencontre chez les vieilles femmes.

C'est cette forme que l'on appelle l'endométrite purulente des vieillards.

e) L'endométrite DIPHTÉRITIQUE est causée par le bacille de Lœffler ou par le streptococcus ; cette dernière est la plus fréquente.

f) L'endométrite SYPHILITIQUE est rare.

Le chancre induré primitif est situé le plus souvent sur le col et non dans le fond de la matrice. Elle a lieu le plus souvent sur la lèvre antérieure du col. Sur 1.000 cas de chancres indurés chez la femme, *Rasumon* a trouvé 8,5 pour 100 sur la portion vaginale et dans le col (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1880, p. 546).

Quand, comment et PAR QUELLE VOIE pénètrent les microbes dans les organes génitaux de la femme ? Si nous nous reportons à l'embryon, nous savons que celui-ci peut être infecté par le spermatozoïde fécondant.

Le microbe peut se trouver, sinon dans l'ovule fécondé, dans l'organe de la mère qui porte l'ovule fécondé. *Birsch Hirschfeld* et *Barbier* (*Gaz. méd.* Paris 1888) ont trouvé le bacille de la tuberculose dans le sperme des malades tuberculeux. Les microbes peuvent pénétrer dans le fœtus par les vaisseaux lymphatiques et sanguins de la mère, comme l'a démontré Riecker (1) pour le streptococcus. Dans le liquide amniotique en putréfaction, *Kronig* (2) a trouvé plusieurs fois le staphylococcus et le streptococcus. *Hergott*, de Nancy, a démontré l'existence du germe tuberculeux dans le liquide amniotique d'un phtisique en injectant de ce liquide dans la cavité péritonéale de plusieurs cobayes ; ces animaux sont morts de tuberculose 2 mois 1/2 après l'inoculation. Pendant l'accouchement, la mère peut, par la muqueuse du col

(1) *Ziegler's Centr. f. allgemeine Pathologie*, B. VI, S. 55.
(2) *Centr. f. Bacteriologie*, S. 751, 1884.

ou du vagin, communiquer un germe infectieux à l'enfant. Telle est l'origine de la conjonctive purulente des nouveau-nés. Dans la plupart des cas on se trouve en présence de staphylococcus, streptococcus, gonococcus, et parfois de bactérium *coli commune.*

Chez les petites filles, les *sources* et les *auteurs* de l'infection sont le plus souvent les mères, les nourrices, les gardes d'enfants, les frères et sœurs, les camarades d'école, les personnes de l'entourage. *Suchard* a constaté une épidémie de gonorrhée génitale chez des jeunes filles qui s'étaient baignées dans un étang. *Skutsch* a observé plusieurs centaines de petites filles atteintes de vulvo-vaginite, parce qu'elles avaient fréquenté un établissement de bains où des enfants infectées s'étaient déjà baignées. *Combe* a observé le cas d'une petite fille qui a contracté la gonorrhée dans le bain de son père atteint de blennorrhée. Peuvent être également contaminés les enfants qui couchent dans le même lit que les parents atteints de gonorrhée. Les nourrices et les gardes peuvent donner une infection par contact quand elles donnent les soins de propreté à l'enfant. L'infection peut venir du dehors par le rectum, le péritoine ou la circulation (*Jacobs*) (1).

Chez les petites filles, la vulvo-vaginite est souvent de nature gonorrhéique.

Cahen-Brach (2), *Cassel* (3), *Martin*, de Philadelphie, distinguent deux formes de vulvo-vaginite, une, caractérisée par une sécrétion liquide légèrement colorée en jaune, dans la seconde forme de vulvo-vaginite, la sécrétion est plus épaisse, jaune verdâtre, purulente et de nature gonorrhéique. Cette dernière forme de vulvo-vaginite peut déterminer des affections articulaires, comme *Martin*, *Béclère* et *Guinon* en ont observé. Le bacille de la tuberculose peut parfois faire des lésions étendues dans les organes génitaux. *Talamon* (4) a publié le cas d'une jeune fille de 6 ans morte de péritonite tuberculeuse, chez laquelle on trouvait des ulcérations tuberculeuses au niveau des plaques de Peyer. L'excavation du Douglas était remplie d'une poche purulente. Les ovaires présentaient des masses indurées et caséeuses. L'utérus était fluctuant, sans consistance, et était rempli d'un liquide ver-

(1) Policlinique, Bruxelles, 1893, n° 24.
(2) *Therapeutische Monatsheft.*, 1894, juin.
(3) *Berliner kl. Woche*, 1893, S. 29.
(4) *Progrès médical*, 1878, n° 51.

dâtre. *Galliard* et *Beaussenat* (1) ont observé une rougeole chez une jeune fille vierge de 21 ans qui est morte de péritonite à la suite de la rupture d'un abcès de l'ovaire dans le péritoine. Dans le pus recueilli sur cette malade, ils ont trouvé le streptococcus. *L. Levi* (2) signale deux fillettes de 10 et 12 ans qui ont été infectées par des hommes atteints de gonorrhée.

Les RÈGLES sont encore une nouvelle source d'infection pour la jeune fille ; sous l'*écoulement menstruel*, il s'établit *une voie* par laquelle les germes infectieux de l'air peuvent pénétrer dans le canal génital de la femme. Le refroidissement, les *danses*, les *exercices violents*, les excitations de toute nature sont nuisibles au moment des périodes (Schultze). *Schultze*, dont je viens de citer l'opinion expérimentée, insistait aussi sur ce fait que beaucoup de femmes, même dans les classes riches de la société, ne se lavent pas au moment de leurs périodes ; de plus, ces femmes imbues de préjugés, se garnissent avec du *linge sale*, de peur que le linge propre ne ramène le flux menstruel. Certaines femmes ne changent pas de garniture pendant leurs périodes, il en est même qui font resservir les garnitures de la fois précédente. Les femmes atteintes de *déchirure périnéale* sont presque toujours atteintes de *catarrhe utérin* que l'on ne peut guérir que par la restauration du périnée.

La constipation rebelle, si fréquente chez les jeunes filles, peut être une cause de prédisposition au catarrhe utérin. Une des causes les plus fréquentes est la masturbation chez les jeunes filles. *Milne Chapmann* a observé beaucoup de leucorrhée, métrite chronique, métrorrhagies qui reconnaissent pour cause première la masturbation (3).

La nature de l'occupation des femmes doit être prise en considération dans l'étiologie de ces maladies. Les blanchisseuses qui reçoivent le linge sale et le manipulent sont souvent atteintes de catarrhes de l'intestin et aussi de catarrhes utérins. Les personnes qui soignent les malades sont très exposées à contracter des maladies, telles que l'érysipèle, la tuberculose et autres. Les boulangères ont souvent de la mycosite vaginale. Les habitations humides prédisposent aux affections génitales. Chez les femmes

(1) Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1892.
(2) *Frommel's Jahresbericht*, 1890, S. 363.
(3) Milne Chapmann, *American Journal of obstetric*, 1883, p. 449.

pauvres, les travaux pénibles, les excès de fatigues, *une mauvaise nourriture*, une habitation *mal aérée*, *mal éclairée*, contribuent à engendrer les affections génitales. Chez les femmes *riches*, c'est un défaut d'hygiène, tel, par exemple *qu'un travail intellectuel exagéré*, dans les pensionnats, *trop de musique*, *trop de peinture*, *une façon de s'habiller contraire aux lois de l'hygiène*, *par exemple des corsets trop serrés*, *le manque d'exercice en plein air*, *l'excitation des nerfs périphériques*, la *fréquentation des théâtres*, *des concerts*, *des bals*, etc., et aujourd'hui, ce qui est à la mode, *les ventes de charité*, les *concerts pour œuvres de bienfaisance sont autant de causes qui contribuent à rendre les femmes malades.*

Si l'on veut se faire une idée de la fréquence de l'endométrite, il suffit de lire la statistique suivante : sur 21.685 femmes qui de 1887 à 1892 ont été traitées dans les cliniques universitaires de la Prusse, 2,336 étaient atteintes d'endométrite : dans ces 2.336 ne sont pas comprises les endométrites dans les rétrodéviations, dans les utérus néoplasiques, dans les vices de conformation, l'endométrite septique et puerpérale ; cela démontre que l'endométrite est une maladie les plus fréquentes.

L'*endométrite* atteindrait dans cette statistique plus de 10 pour 100 des femmes. Après l'endométrite viendraient : le *carcinome* 2.226, les *rétrodéviations* utérines 1.684, les *fibromes* et les *polypes* 1.619. Nous diviserons les symptômes de l'endométrite en trois : *a*) les symptômes qui se manifestent au foyer même de la maladie, c'est-à-dire les symptômes qui se rattachent aux organes voisins, tels que l'urèthre, la vessie, le rectum et les nerfs du bassin ; *c*) les symptômes généraux.

Les symptômes du foyer de la maladie sont : les uns *fonctionnels*, les autres *nutritifs*. Parmi les fonctionnels, sont les troubles dans la sécrétion utérine.

La sécrétion peut être légère, et la femme ne s'en plaint pas ; — la sécrétion peut être considérable. La couleur de la sécrétion peut être d'un rouge pâle, verdâtre, jaunâtre, suivant la couleur que produisent les microbes. La consistance de la sécrétion est variable. En général la sécrétion rouge ou transparente n'offre aucune odeur ; mais elle peut devenir fétide par la putréfaction. Les pertes de sang sont aussi variables que les sécrétions. La quantité et la durée de la perte menstruelle ne sont pas caractéristiques pour une variété d'endométrite quelconque.

La douleur ressemble à une colique utérine si l'utérus entre en contraction. Les douleurs deviennent continues s'il y a rétention de sang.

Dans l'endométrite exfoliative, le type de la douleur est caractéristique. Cette douleur commence avant la menstruation et ne se calme que lorsque la membrane est expulsée. Les femmes se plaignent de sensations de brûlures, de tiraillement, de démangeaison.

Dans l'endométrite catarrhale simple, la menstruation se fait sans douleur. Cependant, dans la moitié des cas, les malades ressentent de violentes douleurs dans les reins, dans les aines, dans le bas-ventre ; elles éprouvent une pesanteur dans le bas-ventre et des maux de tête.

La stérilité due à l'endométrite reconnaît pour cause, soit l'œdème de la muqueuse, stagnation des sécrétions, soit la purulence, la causticité et l'acidité des sécrétions. Dans beaucoup de cas il se produit des fausses couches. L'endométrite est souvent une des causes de la grossesse extra-utérine. L'hydrorrhée de l'utérus gravide ne reconnaîtrait pas, d'après *Löhlein*, d'autres causes que l'endométrite. Parmi les troubles de l'accouchement que l'on doit rattacher à l'endométrite, il faut noter : l'anomalie dans les contractions utérines, un écoulement prématuré de l'amnios, gonflement des parties molles, hémorragies, décollement tardif du placenta, contractions douloureuses excessives après l'expulsion du placenta, friabilité et rétention possible de débris de la caduque, enfin sténose et atrésie de la cavité utérine.

Quant aux troubles nutritifs, l'endométrite peut s'accompagner de métrite *aiguë*, *subaiguë*, *chronique*. Le virus peut se propager par la voie *lymphatique* au *paramétrium*, *périmétrium*, *provoquer des déplacements de l'utérus* et *occasionner des oophorites* et des *salpingites*. La propagation de l'affection aux organes voisins n'est pas rare ; c'est ainsi que chez les enfants, à la suite d'une vulvo-vaginite, il y a une uréthrite. une paramétrite, ténesme vésical, constipation, maux de reins, douleur dans les cuisses.

La marche de l'endométrite est aiguë, subaiguë et chronique ; dans la plupart des endométrites simples et purulentes il y a un stade aigu. Dans ce stade on observe de la fièvre, une sécrétion plus ou moins purulente. Parfois dans les endométrites septiques, il peut y avoir de violents frissons au début. Ces phénomènes

augmentent d'intensité lorsque les sécrétions ne peuvent pas sortir de l'utérus. L'utérus est très sensible à la pression. Il y a, en outre, un abattement, malaise général, parfois des vomissements. Parfois aussi, il y a des maux de tête, de la diarrhée ; de plus, dans l'infection gonorrhéique, il se produit des affections articulaires ; de 8 à 10 jours est la durée de la période aiguë. Un grand nombre d'endométrites commencent par la période subaiguë, sans fièvre, le plus souvent à la suite des fausses couches, d'accouchements prématurés ou d'accouchements où il est resté des débris de fœtus. Il y a souvent des pertes de sang et même une hémorragie intense. La plupart des endométrites primitives et secondaires, comme la tuberculose, présentent la forme subaiguë. Dans ce cas les sécrétions sont légèrement séreuses ou teintées de sang.

Un certain nombre d'endométrites deviennent chroniques sans que l'on puisse noter un stade aigu ou subaigu. C'est surtout chez les femmes chlorotiques et anémiques que l'on remarque cette forme d'endométrite. Chaque forme d'endométrite peut être causée par une infection mixte, elle peut provoquer des hémorragies plus ou moins intenses qui prolongent la période.

RUGE (de Berlin). — **De l'endométrite cervicale et en particulier de la déchirure du col, de l'ectropion, de l'endométrite et de l'érosion.**

L'endométrite cervicale se caractérise par un gonflement de la muqueuse et une sécrétion exagérée des glandes. Suivant l'activité du processus, l'endométrite peut être plus ou moins purulente, plus ou moins épaisse. Au lieu de l'écoulement de la sécrétion, il peut y avoir une rétention de ces sécrétions due au rétrécissement du col. Sous l'influence de cette rétention, la muqueuse du col peut s'atrophier. Il peut aussi se produire parfois des végétations aux dépens du tissu conjonctif, qui peuvent prendre la forme de polypes. Ces excroissances ou polypes prennent l'aspect de papilles. C'est une érosion que l'on ne rencontre que dans le fond de l'utérus. Les déchirures du col exposent la muqueuse dont l'épithélium cylindrique se transforme en épithélium plat ou épidermique. Le plus souvent le col lacéré est exposé à l'action de la pression abdominale, ou baigne dans la sécrétion utérine, et sous cette influence les lèvres du col se retournent en ectropion.

L'ectropion se distingue de l'érosion vaginale de la portion en ce sens que l'ectropion est constitué par la muqueuse du col de l'utérus, tandis que l'érosion est situé au niveau de l'épithélium pavimenteux du vagin ou constitue la partie externe ou épidermique du col. Dans l'érosion, l'épithélium *pavimenteux* de la portion externe du col, se transforme en épithélium *cylindrique*, il se produit des *glandes*, des *papilles*, des follicules plus ou moins profonds.

Bumm (de Bâle). — **De l'étiologie de l'endométrite.** — Dans l'endométrite chronique du fond de l'utérus et dans les endométrites hyperplasiques on ne trouve généralement aucun microorganisme. L'affection de la muqueuse n'est pas entretenue par les bactéries. Dans le plus grand nombre des cas, les sécrétions purulentes de la muqueuse renferment des bactéries, des coccus et bacilles de diverses formes. Si ces différents microorganismes pénètrent dans la muqueuse, ils peuvent déterminer une infection septique aiguë ou subaiguë .L'endométrite chronique a pu être à son origine causée par des bactéries qui ont disparu et n'ont laissé pour trace que la lésion pathologique. Quant à la question des germes trouvés dans l'endométrite cervicale, ils sont les mêmes que ceux trouvés dans le fond de l'utérus.

(*A suivre*).

REVUE DE LA PRESSE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE A TERME ; LAPAROTOMIE, EXTRACTION IMMÉDIATE DU PLACENTA ; GUÉRISON

Par M. le professeur Tournay.

Cette très intéressante observation a été recueillie par Mlle De Moerloose et publiée *in extenso* dans les *Annales de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*. En voici un résumé :

Mme L..., âgée de 36 ans, mariée depuis 8 ans, n'ayant jamais été enceinte, entre à la Maternité de Bruxelles le 12 septembre 1894, accusant de *fortes douleurs intermittentes*, qui font supposer que le travail de l'accouchement est très avancé.

L'examen du ventre donne les signes d'une grossesse à terme : les mouvements fœtaux sont très accusés et les doubles battements faciles à percevoir.

Chose étrange, le toucher ne donne au contraire aucun signe de grossesse. Le vagin est étroit et sec ; le col est long, peu ramolli ; l'utérus petit et mobile.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine s'impose et devient absolument certain par un examen pratiqué par M. Tournay sous le chloroforme : il parvient ainsi, en effet, à isoler l'utérus *absolument vide*.

Les renseignements antérieurs sont très instructifs : cette femme ayant éprouvé les symptômes habituels de la grossesse, a ressenti vers 3 mois de *violentes douleurs abdominales* et un médecin consulté a conclu à *un déplacement de l'utérus*. Après quelques jours de répit, les douleurs reparurent et un second médecin diagnostiqua une *tumeur qui devait être enlevée leplus tôt possible*, la grossesse n'existant pas, d'après lui.

Continuant à souffrir, la malade se rendit dans un des grands hôpitaux de Bruxelles : là on reconnut une grossesse, compliquée d'une *rétroversion utérine*.

Ces douleurs *paroxystiques* qui ont été indiquées comme un des bons signes de grossesse extra-utérine (voir notre *Cours d'Accouchements*, 2e édition, t. II, p. 92) ont tourmenté la patiente presque constamment jusqu'à la fin de la grossesse. Ces douleurs étaient devenues intolérables depuis deux jours lorsque la femme est entrée à la Maternité.

Un bain, le repos, des lavements laudanisés parvinrent à diminuer les douleurs. Cependant, M. Tournay résolut avec raison d'intervenir sans tarder et le 14 au matin il pratiqua la laparotomie.

Après avoir amené l'enfant au dehors, M. Tournay se décide à extraire le placenta, dont la rétention est plus grave que l'enlèvement, selon lui. C'est pourquoi il introduit la main dans la cavité, déchire adroitement les adhérences nombreuses et parvient à amener dans la plaie la totalité du gâteau, qui tenait encore aux parois pelviennes et à l'utérus par les feuillets du ligament large.

En cherchant à pédiculiser ces cordages, une déchirure survient à la partie supérieure de la paroi « qui est excessivement mince et d'une » vascularité EFFRAYANTE ; un flot énorme de sang jaillit, inondant » tout le champ opératoire. Le moment était critique. L'opérateur,

» sans perdre son sang-froid, tenta d'abord d'introduire la gaze iodo-
» formée par la déchirure, espérant ainsi arriver à tamponner com-
» plètement le sac placentaire ; mais, en présence de la persistance de
» l'hémorrhagie, il renonça bien vite à ce moyen et plaça une ligature
» élastique sur l'énorme pédicule formé par le ligament large : le lien
» élastique se brisa. Un second lien fut placé, mais double cette fois.
» L'hémorrhagie s'arrêta, ou du moins le sang ne s'écoula plus qu'en
» petite quantité et en bavant. Le danger était momentanément con-
» juré ; mais des difficultés INOUÏES se présentaient pour extirper
» complètement cette masse placentaire, qui n'était en somme qu'un
» volumineux paquet de vaisseaux. Avec une patience et une pru-
» dence remarquables, M. Tournay sectionna le pédicule par petites
» portions, chacune entre deux pinces hémostatiques, et eut le
» bonheur de parvenir à extraire ainsi toute la tumeur placentaire.
» Mais tout n'était pas fini : il restait une dizaine de longues pinces
» fixées dans la cavité pelvienne. Des ligatures à la soie ou au catgut
» furent placées en chaîne sous chacune d'elles et toutes les pinces
» purent être enlevées ; cette partie de l'opération présenta de très
» grandes difficultés. La paroi abdominale fut refermée par une
» suture à étages, sauf à la partie inférieure où fut ménagée une
» ouverture qui permet de placer un Mikulicz ; l'opérateur, par ce
» moyen, voulait enrayer le suintement du sang par les surfaces
» cruentées.

» L'opération, commencée à 10 heures du matin, était terminée à
» 11 1/2 heures. »

Les suites de cette opération, aussi hardie que bien conduite, ont été heureuses. Quant à l'enfant, il mourut deux heures après sa naissance. Il pesait 2,300 grammes et présentait plusieurs déformations : la tête et la face étaient fortement aplaties ; il avait des pieds bots.

— Le succès remarquable obtenu par notre excellent collègue, M. Tournay, fait honneur à sa hardiesse chirurgicale et est une nouvelle preuve de son sang-froid et de son habileté opératoire.

Cependant, nous n'oserions pas conseiller à tous les praticiens de l'imiter : *la vascularité effrayante*, *l'énorme flot de sang*, *les difficultés inouïes*, dont parle l'observation, disent assez que l'ablation du placenta, si désirable soit elle, constitue une manœuvre excessivement dangereuse.

C'est pourquoi on agit généralement, après l'ouverture du ventre et l'extraction de l'enfant, comme M. Pothérat dans sa 3me observa-

tion ; on suture la paroi du sac aux lèvres de la plaie abdominale et l'on tamponne la cavité à la gaze iodoformée ; le placenta s'élimine peu à peu dans les jours suivants.

Les hardis et les habiles, qui craignent plus la septicémie que l'hémorrhagie, pourront imiter M. Tournay et procéder à l'enlèvement du placenta immédiatement après l'extraction de l'enfant.

(*Journal d'Accouchements.*)

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS DUES A LA PRÉSENCE DU PUS DANS LE LAIT DES NOURRICES.

Cet important sujet de pathologie infantile a été soigneusement étudié par le Dr Damourette dans le service de M. Budin.

L'altération du lait par le pus est due à cette inflammation intra-canaliculaire de la mamelle dite *galactophorite*.

La galactophorite est surtout fréquente dans les premiers mois qui suivent l'accouchement. Son début est insidieux, presque toujours et souvent, les symptômes généraux (frissons, céphalalgie, insomnie, malaise général), masquent, pendant un ou deux jours, les symptômes locaux. Il en résulte que le nourrisson tète,pendant ce temps-là, du lait déjà infecté et susceptible d'amener des affections très graves, parfois promptement mortelles.

A cette phlegmasie mammaire sont exposées les femmes qui ont peu de lait et dont les mamelons se crevassent à cause de la succion prolongée à laquelle les enfants sont contraints par la pénurie de sécrétion laiteuse. Les crevasses servent de porte d'entrée aux microorganismes qui existent dans la salive des enfants, micro-organismes inoffensifs quand le mamelon est sain, mais qui deviennent virulents quand ils sont en contact avec une excoriation.

La galactophorite se caractérise par l'induration du sein malade, des bosselures profondes enchâssées dans la glande, une douleur spontanée très vive qu'exagèrent la pression au niveau des intumescences et surtout la sortie du pus provoquée par compression du sein. Ce pus présente les caractères suivants : il est plus grisâtre que le lait ; sa consistance est plus grande et moins homogène ; il pénètre difficilement dans l'ouate ; il s'accumule à l'orifice du mamelon jusqu'à ce qu'il soit entraîné par son poids, tandis que le lait coule entraîné par sa fluidité.

La peau du sein n'offre pas de rougeur et l'on ne constate pas d'en-

gorgement ganglionnaire dans l'aisselle, ce qui permet de différencier l'affection de la lymphangite.

Le moyen de prévenir la galactophorite consiste dans de grands soins de propreté : lavage du mamelon avec de l'eau boriquée à 4 °/o avant chaque tétée. En cas de crevasses, lavages du mamelon après chaque tétée, avec de l'alcool coupé de moitié d'eau on de simple genièvre.

La suspension immédiate de l'allaitement par le sein malade, s'impose immédiatement à toute nourrice atteinte de galactophorite.

Chez les nourrissons dont les nourrices ont été atteintes de cette inflammation si préjudiciable à l'allaitement naturel, M. Damourette a observé :

1° Des accidents gastro-intestinaux : dyspepsie gastro-intestinale légère et passagère ; diarrhée toxi-infectieuse fébrile, choléra infantile, broncho-pneumonie d'origine intestinale ;

2° Des accidents d'inoculation mibrobienne aux muqueuses des premières voies, stomatite labiale diphtéroïde, abcès rétro-pharyngiens, otites moyennes, conjonctivites catarrhales ou purulentes, abcès sous-maxillaires, abcès sous-cutanés multiples ;

3° Accidents d'inoculation péri-anale : abcès des fesses et des cuisses dus, sans doute, à la macération de ces régions dans les excréments renfermant des bactéries pyogènes ;

4° Accidents d'inoculation cutanée (furoncles, ecthyma, otite externe) ;

5° Accidents pyosepticémiques de deux ordres : Dans certains cas, les bactéries ou leurs toxines, au lieu de provoquer des accidents locaux, produisent une septicémie suraiguë : les nouveau-nés diminuent de poids et maigrissent considérablement sans troubles digestifs appréciables. La physionomie s'altère, les yeux s'excavent, les lèvres bleuissent, le teint devient plombé, les joues marbrées de plaques rouges, la respiration s'embarrasse et le petit malade succombe, en un ou deux jours, après avoir perdu, quelquefois, le dixième de son poids.

Dans d'autres cas, surgissent des abcès sous-cutanés multiples, profonds, disséminés, simulant des abcès froids et formant des nodosités du volume d'une noisette, peu douloureuses et ne déterminant rien d'anormal au niveau de la peau qui les recouvre. Ces abcès, dus aux microorganismes du pus que l'enfant a absorbé, sont toujours d'un pronostic très grave. *(Journ. d'Acc.)*

DEUX CAS DE RUPTURE DE L'UTÉRUS GRAVIDE.

D'après M. Kotschetkoff on a tort de ne plus attribuer aucun rôle, dans ces ruptures, à des prédispositions de l'organe, due à une affection antérieure, ainsi que le veut Bandl ; il y a, en effet, des cas où la théorie mécanique seule ne suffit pas à expliquer la rupture. Aussi, l'auteur croit-il que, le plus souvent, les deux causes agissent simultanément, ainsi que le prouvent les deux cas observés par lui dans le service du professeur Fenoménoff.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans ayant eu quatre accouchements à terme, mais longs et pénibles ; actuellement, au terme de la cinquième grossesse, elle fut prise, au moment du travail, de douleurs très violentes dans le bas-ventre qui l'ont obligée d'entrer à l'hôpital. A l'examen, on trouve : le ventre ballonné, très douloureux à la palpation dans la région hypogastrique. Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde. Œdème énorme des organes génitaux externes. Écoulement sanieux et fétide par le vagin. Température 39 degrés, pouls à 130. Pas de battements fœtaux. Dilatation complète ; présentation de la tête qui est à l'entrée du bassin. Diagnostic : rupture de l'utérus et endométrite septique. On fait la céphalotripsie et l'extraction du fœtus. Le toucher permet alors de reconnaître une rupture de la partie droite de l'utérus depuis l'orifice externe sur une étendue de 6 centimètres environ. La déchirure péritonéale était probablement moins étendue.

Mort, huit jours après, avec phénomènes de péritonite. A l'autopsie, on a trouvé de la péritonite suppurée, des fausses membranes au niveau du fond de l'utérus et autour de la rupture diagnostiquée pendant la vie. L'examen microscopique a démontré une métrite parenchymateuse chronique. D'autre part, il y avait aussi disproportion entre les dimensions du bassin et de la tête fœtale. Par conséquent, il y avait deux facteurs pour expliquer la rupture, sans qu'on puisse dire lequel prédominait.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme qui, après la rupture de la poche des eaux, a vu s'arrêter les contractions utérines ; deux jours après, vomissements, fièvre, frisson. Quelques jours plus tard, sortie du délivre et du cordon qui avaient une odeur infecte ; puis bientôt sont sortis par le vagin de petits os. Quinze jours après le début de ces accidents, abcès de la paroi abdominale, qui, en s'ouvrant, donne issue à un liquide purulent et fétide et aux os du squelette du

fœtus. Ce cas se distingue donc par l'absence complète de douleur, d'hémorragie et de collapsus. L'auteur explique ce fait par la brusquerie très probable de la rupture de l'utérus ; de sorte que l'enfant a tout de suite passé dans la cavité abdominale et l'utérus a pu revenir sur lui-même. Comme dans le cas précédent, il y avait des lésions antérieures de l'utérus, ainsi que le prouvent les accouchements laborieux antérieurs et l'existence d'une fistule vésico-vaginale.

L'auteur conclut en disant qu'il faut toujours intervenir par la laparotomie, si l'on ne peut extraire le fœtus par voie naturelle. Quand à l'utérus, il sera traité suivant son degré d'infection. (*Ejenedelnik*, n° 12, 1894.)

SYMPHYSÉOTOMIE.

M. Viridarski communique à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg un cas de symphyséotomie faite par le professeur Ott, chez une rachitique à bassin rétréci dans tous ses diamètres. La suture osseuse n'a pas réussi et on a dû appliquer l'appareil de M. Ott. Aujourd'hui, quatre semaines après l'opération, la malade va bien, mais est encore dans l'appareil.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Œuvres de Léon Le Fort**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, vice-président de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, publiées par le Dr Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Tome 1er, fort volume in-8°. 20 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

L'œuvre de Léon Le Fort est considérable ; son activité s'est exercée dans les sphères les plus diverses, et il appartenait à sa famille de réunir la plupart de ses écrits et d'en publier l'ensemble ; M. Dr Lejars, son élève et son gendre, s'est chargé de payer à sa mémoire cette dette sacrée.

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprennent trois volumes. Le premier est consacré à *l'Hygiène hospitalière*, à *la Démographie* et à *l'Hygiène publique* ; il débute par l'Éloge de Le Fort, prononcé à la Société de Chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général **d'Hygiène hospitalière** (doctrine contagionniste), inscrit en tête de la première partie, sont reproduits les travaux de Le Fort sur des questions qui toute sa vie l'ont préoccupé. Le groupement chronologique permet de suivre l'évolution progressive de sa pensée et

l'enchainement de ses efforts. C'est d'abord sa *Note sur quelques points de l'Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, à la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais ; son livre des *Maternités*, paru en 1866, véritable monument, où l'on trouve émise et démontrée pour la première fois la doctrine contagionniste, qui lui appartient ; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur le *Pansement simple par balnéation continue*, sur le *Germe Ferment* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, enfin l'introduction à la 9e édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la **Démographie** et à **l'Hygiène publique**. Dès 1867, Léon Le Fort signalait le lent accroissement de la population française et le déficit relatif de la natalité, dans deux mémoires longuement documentés, et publiés, l'un par la *Revue des Deux-Mondes*, l'autre par la *Gazette hebdomadaire*. En 1870, il répétait le même cri d'alarme en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales : la mortalité des nouveau-nés. Vingt ans plus tard, la question de la *dépopulation* venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. L'abondance et la précision des documents et des statistiques ne nuisent en rien au charme de ses discours. Il en est de même de ses autres discours académiques, sur la *Prostitution*, sur la *Vaccination obligatoire* et *l'Isolement des varioleux*, etc.

Des traits nombreux relient les matières de ce premier volume et lui assurent une réelle homogénéité. — Le second sera réservé aux travaux de Le Fort sur la *Chirurgie militaire et l'Enseignement* ; le troisième à ses travaux de *Chirurgie proprement dite*. — Cet ouvrage deviendra ainsi « l'histoire complète de la vie intellectuelle de Léon Le Fort, l'expression intégrale de son activité ; de cet ensemble, sa grande figure apparaîtra mieux, avec tous ses traits ».

II. — **Des modifications du sang, par le traitement thermal de l'eau de la Bourboule, source Choussy-Perrière,** par M. Philippe Lafon.

III. — **Recherches pathogéniques sur le rhume des foins,** par le Dr Joal (du Mont-Dore).

IV. — **Contribution au diagnostic des maladies de poitrine,** par M. Frenkel, docteur ès sciences. (Extrait des *Annales de la Société d'Hydrologie Médicale de Paris*.)

V. — **Société d'Hydrologie Médicale de Paris. Compte rendu de la session 1893-1894,** par M. Leudet.

VI. — **De l'obésité et de son traitement aux eaux de Brides-les-Bains (Savoie),** par le docteur E. Philbert.

VII. — **A propos du projet de loi de M. Bérenger, sénateur, visant le racolage sur la voie publique,** par le docteur L. Le Pileur, médecin de Saint-Lazare.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

74. — Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule: version céphalique ou podalique ; embryotomie. — Evolution spontanée. — Inutilité et danger de la brachiotomie. — Le jour même où paraissait notre dernier article, nous recevions le *Journal des sages-femmes* du 1er juin contenant une leçon de M. Tarnier sur le même sujet.

Comme d'habitude, les opinions du savant professeur de la clinique obstétricale de Paris sont très pratiques et fort semblables aux nôtres et, vu l'importance de la question, nous croyons utile de reproduire une partie des lignes publiées par la feuille française.

M. Tarnier raconte d'abord le cas d'une multipare qui est venue s'accoucher dans son service d'un enfant mort se présentant par l'épaule ; la grossesse n'était qu'à 6 mois 1/2 et l'enfant ne pesait que 1.300 grammes. A l'arrivée de la patiente, l'épaule plongeait profondément dans l'excavation et l'évolution spontanée ne tarda pas à s'effectuer. Les conditions spéciales de cet accouchement expliquent aisément la facilité de ce mode *exceptionnel* de terminaison.

Il continue comme suit :

Quand vous avez reconnu une présentation de l'épaule, que faut-il faire ? — Une seule chose, la version.

Et l'évolution spontanée, me direz-vous ? — Il n'y faut pas compter et l'accoucheur, le médecin, qui attendrait cette évolution spontanée et, se fiant là-dessus, n'interviendrait pas, serait cent fois coupable. C'est donc dans le cas de présentation de l'épaule, toujours la version qu'il faut faire ou du moins tenter. Avant que la dilatation soit complète, comme on ne peut point pénétrer dans l'utérus, il faut essayer de la version par manœuvres externes, mais aussitôt que le col est complètement dilaté, vous ferez la version par manœuvres internes, ce qui vaut mieux.

Mais peut-on toujours faire la version ? Non, malheureusement, et cela, le plus souvent, parce que les femmes vous font appeler si tard, que l'épaule est descendue trop avant dans la cavité pelvienne, que l'utérus s'est tétanisé sur le fœtus. — On a vu même — surtout autre-

fois — des femmes dans ce cas qui, en outre, avaient été soumises au seigle ergoté ; et alors, l'utérus est tellement tétanisé qu'il est absolument impossible de passer, d'introduire la main pour aller faire la version. Il faudrait déployer une force considérable pour franchir le col, ce qui aurait pour résultat à peu près certain de déterminer la rupture du vagin ou celle de l'utérus.

Quelquefois donc on ne peut pas passer, soit par suite de l'engagement trop profond du tronc, soit à cause de la contracture, du tétanisme de l'utérus. Alors que faut-il faire ?

Qu'arrivera-t-il si l'on ne peut pas intervenir autrement ? La femme s'épuisera en vains efforts, et finira par succomber ; ou bien encore l'utérus se rompra, et la femme mourra par suite des accidents entraînés par cette rupture.

Si l'accoucheur n'intervient pas, la femme mourra toujours ou par épuisement, par surmenage, ou par suite de rupture de l'utérus.

Laissez-moi vous rapporter deux faits qui se sont tout particulièrement gravés dans ma mémoire, parce qu'ils se sont produits à des dates fort rapprochées.

J'étais en vacances, chez moi ; je fus appelé, un jour, à quatre kilomètres, pour porter secours à une femme qui ne pouvait pas accoucher. Quelque bonne envie que l'on ait de prendre du repos lorsqu'on se trouve à la campagne, il faut, dans bien des cas, surmonter son désir de tranquillité lorsqu'on vient faire appel à votre complaisance, lorsqu'on sait que l'on pourra peut-être rendre service. Je m'empressai donc de monter en voiture et de me rendre auprès de la femme indiquée. J'arrivai, mais, au moment où je descendais de voiture, où j'allais entrer dans la maison, on vint me dire : Il est trop tard, la femme est morte.

Je trouvai, pendant hors de la vulve, une main et un bras œdématiés. C'était une présentation de l'épaule et on avait laissé une femme jeune, forte, vigoureuse, s'épuiser en efforts stériles, succomber par épuisement, sans doute, par surmenage, et cela parce qu'on n'avait pas fait la version.

Quelques jours plus tard j'étais appelé — cette fois à dix kilomètres de chez moi — pour un cas identique. Je m'empressai d'accourir et, de nouveau, à mon arrivée, on m'apprit que la femme venait de succomber. Comme chez la première, je trouvai une main sortant de la vulve. Encore une femme qui était morte parce que la version n'avait pas été faite.

Eh bien ! dans le cas où la version est impossible, que faire pour sauver la femme ? — Puisque cette femme est destinée à une mort certaine, il n'y a pas à hésiter, il faut faire l'embryotomie rachidienne et la faire avec un instrument quelconque ; car il est à peu près certain que vous n'aurez pas sous la main les instruments spéciaux qui ont été fabriqués *ad hoc*. Vous ferez l'embryotomie rachidienne avec les ciseaux de Dubois, si vous n'avez pas autre chose, il est même possible de la pratiquer avec des ciseaux ordinaires.

Il faut, en somme, couper le fœtus en deux. Lorsqu'il sera séparé en deux parties, il sortira de l'utérus. Rien n'est plus commode. Dans l'opération, la difficulté consiste dans la section de l'épine dorsale.

Il m'est arrivé, deux ou trois fois dans la vie, de couper un bras du fœtus pour me débarrasser et de faire l'embryotomie ensuite. Mais je ne vous cache pas que je regrette d'avoir fait cette section du bras ; je le regrette surtout, parce qu'on l'a publié, imprimé dans les livres ; car au fond, cette amputation est inutile, je dirai même qu'elle est presque nuisible. — Il y a, en effet, des médecins qui ont amputé le bras, et ont fait la version après et qui ont amené un enfant vivant. Vous voyez leur déconvenue, leurs remords ; ils avaient cru le fœtus mort, tandis qu'il était vivant. En outre, ils ont été attaqués, poursuivis et ont dû rendre compte devant les tribunaux de leur conduite imprudente, plus qu'imprudente.

En résumé, dans les présentations de l'épaule, ne comptez jamais sur l'évolution spontanée ; faites la version si cela vous est possible et, si la version n'est pas possible, failes l'embryotomie rachidienne.

Quand vous essayerez la version — sous le chloroforme, cela va sans dire — n'insistez pas trop, ne vous acharnez pas trop, ne forcez pas les choses, songez que vous pourriez déterminer une rupture de l'utérus.

Voilà pourquoi — lorsque l'enfant est mort — vous ferez la version, *si elle est facile*, et, pour peu que vous rencontriez de résistance vous ferez l'embryotomie rachidienne.

Si l'enfant est vivant, insistez davantage sur les tentatives de version que vous n'abandonnerez pas pour l'embryotomie que lorsque vous aurez la certitude que cette version n'est pas possible et que vous sentirez qu'en allant plus loin vous vous exposeriez à déchirer l'utérus.

Il y a encore des cliniques et des livres où l'on enseigne la brachiotomie, où l'on dit que le bras descendu dans le vagin gêne la manœu-

vre, où l'on admet par suite l'utilité d'amputer ce bras procident pour permettre à l'accoucheur de pénétrer plus aisément dans les parties à la recherche des pieds.

Les praticiens formés à ces écoles sont donc entraînés à enlever le bras, et n'ont aucune hésitation quand l'enfant est mort.

Nous avons depuis longtemps combattu cette manière de faire aussi bien dans notre Cours que dans ce Journal.

La vérité enseignée par les faits et que la version n'est pas rendue plus difficile par la présence du bras fœtal dans le vagin, mais par la présence et l'engagement de l'épaule, *qui obstrue le détroit supérieur*. L'ablation du bras n'enlève nullement l'obstacle et laisse dans le haut du vagin des parties sanglantes, mutilées, informes, méconnaissables, de sorte que toutes les manœuvres ultérieures deviennent plus compliquées et plus dangereuses, notamment la décollation puisqu'on n'a plus le bras comme guide et comme soutien.

Concluons : *la brachiotomie dans la présentation de l'épaule est inutile, inefficace et nuisible: elle ne doit jamais être pratiquée.*

(*Journal d'accouchements.*)



75. — Traitement de l'avortement, par le Dr RIVIÈRE (*Gaz. hebd.*).— Contre l'avortement, il y a surtout deux moyens à employer : « le repos absolu au lit et l'administration de l'opium ». Donc, mettre la femme au repos absolu, lui faire prendre un grand lavement évacuateur et, celui-ci rendu, donner un lavement composé de deux cuillerées d'eau contenant 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Il faut se servir d'une petite seringue en verre munie d'une fine sonde en gomme qu'on poussera haut dans l'intestin, au-dessus des sphincters. Souvent les contractions utérines se calment, la perte sanguine cesse et tout rentre dans l'ordre ; presque toujours il y a au moins atténuation. Alors, une heure après, deux heures au plus, second lavement avec vingt gouttes environ. Et au besoin, une ou deux heures après troisième lavement semblable ; et on peut continuer ainsi jusqu'à 100, 120, 150 gouttes même, en surveillant, bien entendu, la susceptibilité de la femme.

Quelle conduite à tenir, lorsque ces moyens échouent et que l'avortement se fait malgré tout ?

1° Il n'y a pas de complications. — La conduite est bien simple : ne

rien faire et laisser aller ; ou plutôt faire simplement quelques injections discrètes avec 20 ou 25 centigrammes de sublimé par litre. Et lorsque tout semble terminé, s'assurer que tout est bien venu ; chose facile si l'œuf a été expulsé entier ; bien plus délicate lorsque l'avortement s'est fait en deux temps. En tout cas, s'il n'y a pas complication, ne pas se hâter, pas d'exploration intempestive ; simplement expectation, repos et antisepsie.

2° Il y a des complications. — Ce sont « l'hémorragie » ou la « septicémie ». 1° « Hémorragie ». Il est rare que survienne une hémorragie, inquiétante au moins, « quand l'œuf intact est encore contenu dans l'utérus » : elle est cependant possible. Que faire alors ? La conduite est bien nette. Le danger, c'est l'hémorragie ; c'est donc l'hémorragie qu'il faut arrêter. « Tamponner » solidement le vagin avec des tampons de ouate aseptique, suffisamment serrés, tamponner sans spéculum, sans pommade ; c'est, il est vrai, une opération un peu douloureuse, mais le résultat est sûr. Le plus souvent, du reste, les contractions utérines, excitées encore par la présence du tampon, achèvent le décollement de l'œuf et, quand on enlève le tampon, l'œuf suit et l'avortement se trouve achevé. « L'hémorragie survient quand l'œuf rompu a laissé échapper le fœtus » et qu'il ne reste dans l'utérus que les annexes en totalité ou en partie : c'est le fait le plus ordinaire. Ici, la conduite à tenir est plus complexe. Le traitement par excellence de l'hémorragie, c'est de vider l'utérus, mais de le vider complètement. Et cela, par le « curettage », digital d'abord, souvent suffisant, et au besoin par le curettage instrumental. Le curettage effectué, l'utérus vidé, l'hémorragie s'arrête toujours ; si elle persiste, c'est qu'il y a encore des débris dans l'utérus ; il faut aller les chercher. Mais, si le médecin hésite à faire le curettage, il peut se borner à tamponner encore.

3° Septicémie. — Si on assiste au début des accidents, il suffira le plus souvent de procéder à une toilette antiseptique très sérieuse des voies génitales, de faire matin et soir une injection intra-utérine au sublimé, de saupoudrer l'orifice vulvaire avec la poudre d'iodoforme et de l'obturer soigneusement avec de la ouate aseptique et un bandage en T pour enrayer les accidents. Si, malgré une antisepsie minutieuse, si malgré la quinine à haute dose, la fièvre persiste, les frissons se renouvellent, si le ventre reste douloureux, le curettage est indispensable.

***

76.— Phénomènes fébriles dus à la constipation chez les nouvelles accouchées ; moyen d'y remédier. — Une des premières précautions à prendre quand on est appelé auprès d'une femme en couches, c'est de débarrasser l'intestin au moyen d'un lavement glycériné. On évite de cette manière pendant la période d'expulsion la sortie des matières stercorales qui souillent les parties génitales et peuvent infecter la parturiente. Les microbes contenus dans les déjections peuvent, en effet, pénétrer facilement par les déchirures de la vulve, les excoriations de la muqueuse vagino-vulvaire qui se produisent toujours à ce moment.

Ceci fait, on abandonne généralement la patiente sans se préoccuper les jours suivants de la constipation qui survient si facilement chez les femmes en couches. Or la rétention des matières chez les nouvelles accouchées peut présenter des dangers considérables et provoquer des accidents fébriles qui en imposent fréquemment par un début de fièvre puerpérale. Voici les symptômes que l'on constate d'habitude :

Pendant trois ou quatre jours, quelquefois plus, la malade n'a pas d'évacuation. La température, qui jusque-là était normale, s'élève à 39°-40° avec frissonnements. Le ventre est douloureux, ballonné, la langue sale, il existe de la céphalalgie avec malaise général. Ces phénomènes peuvent faire craindre l'invasion d'une fièvre puerpérale et donner la plus grande inquiétude. Cependant un examen attentif permet de rapporter ces accidents à leur véritable cause. En effet, les lochies sont normales, non odorantes ; du côté de l'utérus on ne constate aucune modification fâcheuse, aucune sensibilité du cul-de-sac ; la montée du lait a été régulière. L'examen du ventre permet de sentir une accumulation de matière dans le cœcum et l'S iliaque, fait confirmé par le toucher vaginal qui dénote dans l'ampoule rectale la présence de fèces durcies. L'indication précise est d'évacuer l'intestin le plus vite possible. Nous recommanderons volontiers pour obtenir ce but l'emploi des Granulines Brunot, qui à la dose d'une cuillerée à soupe amèneront facilement plusieurs selles. Les granulines ont cet avantage d'être prises sans répugnance par toutes les malades, de ne pas provoquer d'irritation intestinale trop vive et de combattre la paresse intestinale, En cas d'insuffisance d'action du purgatif on administrerait un lavement. Le plus souvent, après la purgation, on voit comme par enchantement disparaître les phénomènes fébriles et tout rentre dans l'ordre.

Il faut donc surveiller minutieusement le fonctionnement intestinal

chez les femmes enceintes et entretenir la liberté du ventre. En effet, un accident plus grave peut encore dépendre du séjour prolongé des matières dans l'intestin. C'est le passage à travers la muqueuse intestinale irritée et dénudée de bactéries et de microbes jusque dans le péritoine, d'où infection de la séreuse et phénomènes septiques. La situation dans ce cas est beaucoup plus alarmante, car l'inflammation du péritoine comporte toujours un pronostic inquiétant et les suites peuvent en être fatales.



77. — Inutilité des injections vaginales pendant les suites de couches. — La question des injections vaginales dans les suites de couches a été très discutée depuis un certain temps et diversement résolue. Cependant, actuellement, parmi les accoucheurs actuels, M. Tarnier est à peu près le seul qui continue encore cette pratique que la plupart considèrent comme inutile et parfois même comme dangereuse. M. le Dr L. A. Sébilleau vient d'apporter sur ce sujet de nouveaux documents qu'il a recueillis dans le service de M. le professeur Pinard. L'historique de la question est en grande partie emprunté aux articles de ce journal dans lesquels nous avons indiqué quelle était la pratique de chacun des accoucheurs des hôpitaux (voyez art. 14654 et 14683). De plus. M. Sébilleau rappelle que, dès 1880, M. Lucas-Championnière disait : « Je n'ai aucune confiance dans les injections répétées à tout instant dans le vagin et même dans l'utérus, dans le tamponnement de tous les vagins, je tiens en particulier en médiocre estime les *injections dans les jours qui suivent l'accouchement.*

« Aussi, après avoir tâtonné, après avoir vu de médiocres résultats de ces interventions violentes, j'ai conclu que pour l'accouchement, le chirurgien antiseptique devait se contenter d'un à peu près et surtout rechercher les précautions de propreté chirurgicale absolue.

« Ce sont les préceptes que j'ai mis en pratique depuis bientôt deux ans dans mon service de l'hôpital Cochin. »

Et plus loin :

« Les injections quotidiennes ou bi-quotidiennes préconisées par quelques-uns étant, d'après mon expérience, des causes d'irritation funestes pour les suites de couches, je les défends absolument dans mon service, sauf des cas tout exceptionnels. »

Depuis cette époque, cette manière de faire s'est généralisée. M. Sé-

billeau cite, en particulier, la pratique de M. Pinard et arrive à cette conclusion que les injections vaginales sont le plus souvent inutiles dans les suites de couches ; en effet, le vagin est alors un milieu aseptique par ce fait qu'il ne renferme pas de microorganismes pathogènes ; même en admettant la théorie de l'auto-infection soutenue par quelques auteurs, l'antisepsie qui a été faite minutieusement à l'époque du travail a dû le débarrasser des microbes qu'il pouvait contenir ; en conséquence, les toilettes des organes génitaux externes faites plusieurs fois par jour avec des solutions antiseptiques, les pansements également antiseptiques, mis sur la vulve dans l'intervalle, doivent suffire à le mettre à l'abri de l'hétéro-infection pendant les suites de couches normales.

Elles sont même *dangereuses* dans certains cas et exposent à deux sortes d'accidents : des accidents généraux dus, soit à un défaut des précautions antiseptiques, soit à l'ignorance de la pratique opératoire ; des accidents particuliers attribuables à l'intoxication produite par une solution antiseptique trop forte ou à une trop grande quantité de liquide.

Cependant il est quelques indications précises qui autorisent l'accoucheur à faire des injections vaginales chaudes et antiseptiques dans les suites de couches ; ce sont les suivantes : une légère élévation de température ; des lochies fétides ; une accumulation de caillots dans le vagin ou la rétention des membranes.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)



78. — Traitement des vulvites et des vulvo-vaginites infantiles. — *Prophylaxie.* — Eloigner les enfants des femmes atteintes d'écoulements vaginaux. Eviter les bains en commun. Interdire l'accès de l'école à l'enfant atteinte de vulvite aiguë. Passer à l'étuve ou à l'eau bouillante tous les objets contaminés.

Traitement général. — A instituer quand la vulvite est liée au lymphatisme ou à l'anémie.

Traitement local. — Comby. — Lotions trois fois par jour avec une décoction de feuilles de noyer suivies de pulvérisations de salol entre les lèvres. Appliquer ensuite un tampon d'ouate hydrophile maintenu par un bandage. En même temps, trois bains sulfureux par semaine.

Brocq. — Faire au moins trois fois par jour un lavage soigné des parties malades avec de l'ouate hydrophile salicylée trempée dans une solution antiseptique (sublimé au 1/1000e) ; acide phénique au 1/100e ; acide borique au 1/10e ; chlorate de potasse au 1/100e, puis saupoudrer avec :

Salol finement pulvérisé...........	ãã p. é.
Iodoforme	

M.

Pour les lotions, on pourra avoir recours à l'une des formules suivantes :

Alun..............................	30 gr.
Eau...............................	1000

M.

Sulfate de zinc.....................	5 gr.
Eau...............................	1000

M.

Perchlorure de fer.................	5 gr.
Eau...............................	1000

M.

Iode..............................	5 gr.
Tannin............................	45 gr.
Eau...............................	1000

S'il existe de la vaginite, en même temps, outre les injections, avec la solution suivante :

Permanganate de potasse............	1 gr.
Eau distillée.......................	1000

faites dans le vagin par l'orifice de l'hymen.

Appliquer des suppositoires :

Iodoforme.........................	2 à 4 gr.
Beurre de cacao...................	Q. s.

F. S. A. Une bougie longue de 0 m. 05 à 0 m. 08 et de 1 centimètre d'épaisseur. (*Journal de clinique et thérapeutique infantiles.*)

***

79. — La vapeur d'eau chaude dans le traitement des maladies utérines. — La *Semaine médicale* relate les bons

résultats obtenus par M. le docteur L. Pincus, de Dantzig, par l'emploi de la vapeur d'eau chaude dans un cas de cancer inopérable de l'utérus, trois cas d'endométrite fongueuse, cinq cas d'endométrite cervicale et un cas d'endométrite puerpérale putride.

L'auteur employait à cet effet une petite chaudière munie d'une soupape de sûreté (celle d'un inhalateur à vapeur par exemple) communiquant au moyen du tube de caoutchouc gris capable de résister à une température de 100° avec une canule intra-utérine ; celle-ci présentait à son extrémité trois fentes longitudinales de 5 centimètres, destinées au passage de la vapeur d'eau, et, près de son pavillon, deux petites tiges s'adaptant à un manche de bois permettant de tenir la canule sans se brûler les mains.

Chez toutes les malades, à l'exception de celle atteinte de cancer, le col était préalablement dilaté au moyen de gaze iodoformée ou d'un dilatateur utérin.

Dès que l'eau entrait en ébullition, M. Pincus enlevait la lampe à esprit-de-vin, introduisait la canule dans l'utérus, puis replaçait immédiatement la lampe sous la chaudière. De cette façon, il parvenait à éviter presque complètement la douleur qui se produit lorsqu'on introduit la canule pendant qu'elle laisse échapper la vapeur d'eau.

Chez la malade cancéreuse, chaque fois que le jet de vapeur commencait à pénétrer dans la matrice, on voyait s'écouler une quantité notable de sang et de liquide sanguinolent, charriant de nombreux grumeaux et flocons. Au bout de 30 à 45 secondes, M. Pincus retirait d'abord la lampe de sous la chaudière puis il enlevait la canule intra-utérine ; celle-ci était recouverte de caillots noirâtres fortement adhérents qui obstruaient les orifices de la canule. D'où nécessité de munir toujours d'une soupape de sûreté l'appareil vaporisateur et de se servir de canules pourvues d'ouvertures suffisamment larges.

Les effets thérapeutiques obtenus dans ce cas ont été très satisfaisants ; après chaque séance les hémorragies et l'écoulement fétide disparaissaient et les douleurs diminuaient considérablement. Ce résultat se maintenait pendant une période de 8 à 11 jours après chaque application.

Dans les cas d'endométrite hyperplasique, l'application intra-utérine de vapeur d'eau était suivie au troisième jour d'un écoulement abondant qui détergeait la muqueuse utérine et s'arrêtait au bout de 9 à 12 jours. Après plusieurs séances, on obtenait la cessation des

ménorrhagies. Cependant dans un cas, le traitement provoqua des coliques utérines violentes qui furent calmées au moyen d'un badigeonnage de la cavité cervicale avec une solution de cocaïne.

Enfin, dans les endométrites cervicales et dans le cas d'endométrite puerpérale putride, les effets du traitement ont été également favorables.



80. — Traitement de la péritonite tuberculeuse.

A. *Forme aiguë.*

1° Faire des onctions sur l'abdomen, matin et soir, avec la pommade suivante :

Axonge benzoïnée................	40	grammes.
Laudanum de Sydenham.........	4	—
Chloroforme.....................	3	—
Extrait de belladone...............	2	—
Extrait de ciguë.................	1	—

2° Maintenir sur le ventre une vessie de glace.

3° Tous les deux jours, faire dans le flanc une injection hypodermique de deux centimètres cubes avec :

Gaïacol	5	grammes.
Eucalyptol....................	10	—
Huile d'olives stérilisée..........	100	cc.

4° Régime lacté. Boire toutes les deux heures une tasse de lait.

B. *Forme chronique.*

1° Alimenter le malade avec du lait, des crèmes, des purées de viande.

Donner deux cuillerées à soupe par jour de *sirop iodo-tannique phosphaté.*

2° Deux fois par semaine, faire dans le flanc une injection hypodermique de deux centimètres cubes avec :

Gaïacol..........................	5	grammes.
Eucalyptol.......................	10	—
Huile d'olives stérilisée.............	100	cc.

3° Tous les deux jours, faire également une injection hypodermique de *cinq* centimètres cubes avec du ***sérum de sang de chien immunisé.***

4° Si l'ascite est trop considérable et détermine de la dyspnée, pratiquer une ponction à l'aide de l'appareil Dieulafoy.

5° Si une amélioration ne survient pas, et s'il n'y a pas généralisation de la tuberculose dans les poumons, pratiquer la *laparotomie* et faire un lavage avec de l'eau bouillie.

***

81. — Sérothérapie de l'érysipèle et de l'infection puerpérale — Le simple aperçu suivant va donner de nouveau une idée de l'importance des recherches dites spéculatives au point de vue pratique.

Des observations cliniques prouvent l'identité d'origine de l'érysipèle et de l'infection puerpérale.

Qui ne se souvient de cette aventure tragique de deux jeunes filles vierges de Liège contaminées pendant la période menstruelle par une tierce personne atteinte d'érysipèle et finissant par succomber aux terribles étreintes d'une péritonite généralisée de nature septique ?

En 1886, feu *J. Snyers* a raconté leur triste histoire dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* (pages 304-337).

Sans vouloir multiplier les exemples de ce genre, on peut conclure que les sujets atteints d'érysipèle transportent aisément le streptocoque *primum movens* de l'infection puerpérale.

Comme nous l'avons déjà dit, l'infection puerpérale est alors franchement de nature érysipélateuse et mérite à la lettre le nom d'érysipèle interne proposé par Winckel.

Si la cure des accidents puerpéraux est justifiable de la sérothérapie, il doit infailliblement en être de même de la guérison de l'érysipèle. Les faits confirment déjà cette manière de voir.

Klemperer le premier est parvenu à guérir des souris de l'infection streptococcique en leur inoculant du sérum de lapin rendu réfractaire au poison sécrété par les streptocoques.

Nironof en injectant sous la peau des lapins une quantité minimum de culture de streptocoques portée au préalable à la température de 120°, a pu ainsi rendre le sérum de ces animaux antitoxique, antistreptococcique.

Roger et *Charrin* ont déclaré en février à la *Société de Biologie* que si les faits cliniques sont encore trop peu nombreux pour justifier une conclusion définitive concernant l'action curative du sérum

dans les cas d'érysipèle et de fièvre puerpérale, ils autorisent à affirmer son innocuité et en permettent l'usage dès le début de l'infection. (Voir *Journal d'Acc.*, p. 90).

Marmorek ayant exalté la virulence des streptocoques par des passages successifs, a traité de la sorte 46 malades atteints d'érysipèle grave et qui ont tous guéri.

Josué et *Hermary* d'une part et *Jacquot* de Creil d'autre part, donnent chacun l'observation détaillée d'un cas grave d'infection puerpérale guérie par les injections de sérum.

Tel est le bilan du sérum antistreptococcique dont l'importance n'échappera à personne. (*Journal d'Accouchements*).



82. — Cas heureux de symphyséotomie. — M. Braithwaite a donné à la *Société médico-chirurgicale de Leeds* les détails d'une opération de symphyséotomie pratiquée sur une femme de vingt-huit ans avec un succès complet. La patiente se trouvait dans de bonnes conditions : elle était à terme, en travail depuis onze heures avec un col entièrement dilaté ; l'état général était satisfaisant, l'enfant vivait. Le diamètre antéro-postérieur du détroit du bassin mesurait neuf centimètres et demi. Sous le chloroforme, on tenta une application de forceps qui ne donna aucun résultat. Une incision de près de quatre centimètres, finissant au niveau du bord supérieur du pubis, fut pratiquée sur la ligne médiane, et le doigt fut introduit en arrière de la symphyse pour décoller les parties molles ; puis la symphyse fut sectionnée avec un herniotome ordinaire ; mais la fin de la section présenta quelque difficulté. Dès que la symphyse eut cédé, la délivrance devint facile. Deux mois plus tard, la mère et l'enfant sortaient de l'hôpital en parfait état.

M. Braithwaite recommande de faire l'incision au-dessus de la symphyse : la peau se trouve ainsi mieux soutenue et il y a moins de risques de contamination par les lochies. Le décollement préalable des parties molles en arrière de la symphyse permet d'éviter les hémorrhagies. Avec un couteau courbe, la section est plus facile.



83.— Du sublimé dans la pyémie puerpérale, par Th. von Kezmarsky. — On sait que les thrombus veineux partant de l'utérus

peuvent, après s'être désagrégés, être lancés dans le torrent circulatoire, former des foyers métastatiques et donner lieu à une forme de pyémie puerpérale dont le traitement ne peut triompher.

Comme l'on a reconnu l'impossibilité d'agir sur les thrombus eux-mêmes, de faire de l'antisepsie générale, on ne peut actuellement que faire en sorte de mettre l'organisme mieux en état de lutter contre cette infection généralisée. C'est, en effet, à cette indication que se borne tout le traitement. Von Kezmarsky a cherché si l'on ne pourrait employer la première méthode ; il fallait pour cela trouver des substances assez concentrées pour être actives, sans que pour cela elles devinssent dangereuses pour l'organisme, ou bien encore des substances qui, même diluées, arrivassent à lutter avantageusement contre les micoorganismes.

C'est, cette dernière théorie à laquelle l'auteur s'est rallié. Aussi eut-il l'idée d'injecter du sublimé par voie sous-cutanée. Le succès n'ayant pas été ce que l'on aurait pu supposer, l'auteur alla plus loin et injecta le sublimé dans les veines elles-mêmes. Voici les doses employées : 0 gr. 001 à 0 gr.005 mill. Dans les deux cas sur lesquels l'auteur appuie ses observations, il employa une fois dix injections, l'autre fois huit injections. La première malade reçut ainsi 0 gr.037 mill., la seconde 0 gr. 031 mill.

Sans se hâter de conclure d'une façon trop favorable, il faut affirmer que cette médication n'a pas été sans fournir quelques résultats sérieux : la température, en effet, s'est abaissée pour se rapprocher de la normale, et l'état général des malades s'est amélioré d'une manière tout à fait remarquable. Evidemment l'on sait que les pyémies puerpérales peuvent guérir spontanément ; néanmoins, les faits rapportés par l'auteur n'en sont pas moins dignes d'attention. Si ce n'est pas à son traitement qu'est attribuable l'heureux résultat auquel elles semblent avoir donné lieu, il n'en faut pas moins conclure que ces injections ont été parfaitement inoffensives, et l'on peut sans crainte voir là une indication que l'on suivra peut-être avec succès.

(*Centralbatt für. Gynæckol.*)

***

84. — Stérilisation instantanée de l'ouate hydrophile. — MM. Lermoyez et Helme indiquent dans la *Presse médicale* un procédé extrêmement pratique pour stériliser soi-même extempora-

nément les tampons et plumasseaux d'ouate hydrophile qu'on a à employer pour éponger ou tamponner les plaies ou les cavités naturelles et qui, par conséquent, peut être utile aux gynécologistes.

Sans aucune précaution antiseptique, on prend un fragment d'ouate hydrophile quelconque, qu'on enroule à l'extrémité d'une tige porte-coton, suivant le procédé dont on a l'habitude. Pour rendre aseptique le plumasseau ainsi formé, on le plonge dans de l'alcool saturé d'acide borique, on l'en retire et on l'enflamme. L'alcool, en brûlant, flambe l'ouate et la stérilise, tandis que l'acide borique, dont les propriétés ignifuges sont connues, prévient sa carbonisation. Cinq secondes suffisent : quand la flamme, d'abord incolore, prend une coloration vert vif on l'éteint. L'ouate demeure blanche, elle est sèche, à peine chaude, et conserve ses propriétés hydrophiles. Des ensemencements répétés ont montré aux auteurs que des porte-ouates ainsi flambés sont toujours stériles. Aussi le médecin de campagne, sans autre appareil qu'un flacon d'alcool boriqué, peut, avec le premier flacon d'ouate venu, fabriquer un tampon rigoureusement aseptique, sans aucune perte de temps.

***

85. — Solution pour injections intra-utérines après la délivrance. — M. le professeur Tarnier préconise les injections intra-utérines suivantes après la délivrance:

R. Teinture d'iode	40	grammes.
Iodure de potassium	6	—
Eau distillée	1000	—

M. F. solution pour l'usage externe.

***

86. — Vomissements incoercibles de la grossesse. (Stuver.) — L'auteur recommande la solution suivante :

Cocaïne	0 gr. 12
Antipyrine	1 gr. 00
Eau distillée	90 gr. 00

Par cuillerées toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Cette solution peut être aussi employée contre les vomissements de cause centrale ou périphérique.

FORMULAIRE

—

Traitement de la dysménorrhée congestive par l'antipyrine.

(JULES CHÉRON.)

Le traitement de la dysménorrhée mécanique se confond avec celui de la sténose du col, de l'étroitesse du canal cervical, de l'antéflexion ou la rétroflexion qui créent un obstacle matériel à l'écoulement facile du sang menstruel.

Dans les dysménorrhées nerveuses, les antispasmodiques (extrait de belladone, extrait de jusquiame, etc.) donnent des résultats très satisfaisants, de même que le salicylate de soude est le médicament des dysménorrhées des arthritiques.

C'est particulièrement dans la dysménorrhée congestive, indépendante de toute lésion locale, que l'antipyrine trouve son indication précise.

Voici comment il convient d'employer l'antipyrine, en pareil cas :

Antipyrine............................ 6 grammes
en douze cachets.

Dès le début des douleurs menstruelles, prendre trois cachets à 1/4 d'heure d'intervalle ; interrompre pendant 2 à 3 heures ou même plus longtemps si la sédation de la douleur persiste assez complète ; dans le cas contraire, reprendre un, deux ou trois cachets à un 1/4 d'heure d'intervalle, jusqu'au calme. La dose de six cachets est la dose maximum pour une journée.

Le plus souvent il n'est pas nécessaire de recourir à l'antipyrine le second jour des règles, la dysménorrhée étant, dans cette forme clinique, de moins en moins vive, à mesure que s'établit l'écoulement menstruel. Si, cependant, la douleur existait encore le second jour, on pourrait reprendre de la même façon que la veille, trois à six cachets d'antipyrine.

Nous n'avons jamais vu la dysménorrhée congestive nécessiter l'emploi de doses plus élevées d'antipyrine et nous n'avons jamais eu besoin d'y recourir le troisième jour des règles.

Directeur-Gérant, D[r] J. CHÉRON.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

LE TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES. — LE DRAINAGE UTÉRIN AU CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX.

I. — Le traitement des rétrodéviations utérines a été mis à l'ordre du jour du Congrès de gynécologie de Bordeaux. Résumons la discussion qui a eu lieu à ce sujet.

On peut dire que toutes les déviations de l'utérus doivent être corrigées, dit M. BOUILLY, car elles sont susceptibles d'entraîner des complications graves; mais le traitement s'impose surtout chez les femmes qui sont encore dans la période génitale. Or, dans la majorité des cas, je crois qu'on peut se dispenser de faire une opération et arriver à un résultat très satisfaisant par la méthode de douceur, c'est-à-dire par l'emploi des pessaires. Cependant, il est des faits où l'appareil de soutènement est insuffisant et où l'application d'un pessaire est alors illusoire : dans les cas de ce genre il est nécessaire de pratiquer une bonne colporrhaphie, et quelquefois l'on voit ensuite disparaître tous les symptômes que l'on attibuait à la rétrodéviation. Quant au choix du pessaire, je dois dire que, à mon avis, la plupart des pessaires sont mauvais; cependant j'en ai trouvé un, qui est une sorte de pessaire de Hodge à dossier élevé, et qui m'a donné d'assez bons résultats. Le pessaire appliqué, l'utérus reste en

antéversion exagérée ; l'amélioration est rapide. J'ai pu suivre 120 femmes traitées comme je viens de l'indiquer et n'ai eu qu'à me féliciter des résultats obtenus.

M. Doléris abonde dans le même sens.

M. Pichevin, tout en admettant l'efficacité des pessaires dans un certain nombre de cas, insiste sur la nécessité de soigner l'utérus malade, d'enlever au besoin un ovaire sclérokystique et préconise la colpo-hystéropexie antérieure.

M. Dubourg préconise la dilatation graduelle de l'utérus, l'application du drain de Lefour (qui permet souvent, dit-il, l'évacuation naturelle de poches volumineuses d'hydro, de pyo ou d'hématosalpinx), puis, si c'est insuffisant, le raccourcissement des ligaments ronds, précédé au besoin de la libération des adhérences par l'élythrotomie postérieure, réservant l'hystéropexie abdominale pour les cas de lésions annexielles assez graves pour nécessiter la laparotomie.

M. Keiffer insiste sur le terrain spécial qui donne naissance aux déviations utérines. Les résultats des diverses opérations préconisées contre les rétrodéviations sont peu encourageants à cause de la faiblesse acquise des tissus sur lesquels on opère et aussi parce qu'on essaie souvent de fixer l'utérus à des parties molles incapables de le soutenir, comme cela a lieu dans l'hystéropexie vaginale. Aussi conseille-t-il avant tout de chercher à améliorer le terrain opératoire par le massage, l'électricité, l'hydrothérapie et la thérapeutique générale.

M. Régnier vante l'emploi des courants d'induction ou du courant alternatif sinusoïdal.

M. Tédenot emploie la dilatation à l'aide de mèches de gaze iodoformées et le massage. Contre les fortes adhérences, il emploie l'incision du cul-de-sac postérieur, comme M. Dubourg.

M. Duret parle de 4 cas dans lesquels il a fait l'opération d'Alexander légèrement modifiée.

M. Jeannel, sur 30 hystéropexies, a retrouvé 18 opérées avec

1 récidive, 2 améliorations, 15 guérisons absolues. Par guérison absolue, l'auteur entend sans doute que la fixation a été solide.

M. VILLAR, sur 6 hystéropexies, a eu 1 insuccès complet, 2 malades non revues, 3 succès définitifs, dont deux ont pu être vérifiés au cours de la réparation d'une éventration consécutive. Ce n'est pas très brillant.

MM. LE DENTU et PICHEVIN décrivent l'opération de Mackenrodt modifiée par eux et lui attribuent une grande efficacité quand on l'associe aux opérations plastiques vaginales.

M. JACOBS a fait 32 fois l'opération dont on vient de parler et a eu 7 récidives. Quant à l'hystéropexie abdominale pratiquée 73 fois, il a pu revoir 48 malades qui ont donné les résultats éloignés suivants : 13 grossesses consécutives après lesquelles 3 récidives se sont produites et 9 récidives parmi les 35 autres opérées. On voit que ce n'est pas non plus très encourageant, d'autant que, en outre, il y a eu « 3 accidents tardifs extrêmement graves, dont 2 occlusions intestinales, dues à la bride constituée par la formation d'un pédicule plus ou moins long entre l'utérus et la paroi abdominale ».

M. BINAUD attribue les insuccès de l'hystéropexie abdominale au manque de solidité du plancher pelvien et conseille la combinaison de l'hystéropexie et de la colporrhaphie.

M. BOURSIER dit qu'en guérissant les lésions inflammatoires on rend la rétrodéviation négligeable. Nous croyons, en effet, que le traitement des lésions inflammatoires est très important, mais nous croyons aussi que le redressement de l'utérus doit toujours être tenté et réalisé autant que possible.

En somme, discussion intéressante, mais qui ne nous apprend pas grand'chose. Nous avons déjà consacré plusieurs revues à cette question et nos lecteurs la connaissent suffisamment pour qu'il soit inutile de s'y attarder davantage.

II.— Le *drainage de l'utérus* fait son chemin et il a eu les

honneurs de la discussion à plusieurs reprises. Il ne faut pas s'en étonner, nos confrères de Bordeaux ayant tous plus ou moins expérimenté la tige intra-utérine de M. Lefour. Nous l'avons déjà vu noter par M. Dubourg pour le traitement des rétrodéviations.

M. Lefour rappelle les bons résultats qu'il en a obtenus dans les cas de stérilité sans autre lésion apparente que la sténose du col, dans les douleurs dysménorrhéiques d'origine diverse ou dans les fausses couches répétées par intolérance utérine. Elles lui ont également donné les meilleurs résultats dans le traitement des métro-salpingites.

Il fixe la tige à l'aide d'un gros fil d'argent placé à 1 centimètre au-dessus de l'orifice externe, et il tord les deux chefs du fil en avant du col sans craindre de serrer, car le col a été dilaté par la dilatation préopératoire.

Il n'a jamais laissé les tiges en place moins de six mois, et dans certains cas il en a laissé pendant plus de quatorze mois.

MM. Lannelongue et Faguet déclarent avoir obtenu de bons résultats de la tige de Lefour dans les sténoses, les déviations utérines, les inflammations subaiguës et chroniques de l'utérus d'origine blennorrhagique ou puerpérale, les paramétrites, les salpingo-ovarites.

Enfin, M. Bouilly, dans 10 cas d'antéflexion avec dysménorrhée ou stérilité, a laissé en place, pendant 3 mois en moyenne, une tige de Lefour. Pour la dysménorrhée, résultats merveilleux et persistant après l'ablation de la tige. Au point de vue de la stérilité, 3 grossesses qui ont évolué et se sont terminées normalement.

Ces faits méritent d'être retenus. Ils confirment du reste les observations publiées par M. Chéron pour démontrer l'utilité du drainage de la cavité utérine à l'aide des drains en crin de Florence, longuement étudiés, dans ce journal, en 1891.

LA GONORRHÉE & SON TRAITEMENT CHEZ LA FEMME

Communication faite à la Société Médicale de Munich,
Par M. G. Klein, privat-docent (1).

—

Messieurs,

Nos idées sur la pathologie et le traitement de la gonorrhée chez la femme se sont considérablement modifiées dans le courant de ces dernières années. Jusqu'en 1891 on admettait d'une façon générale que le gonocoque, en tant qu'agent d'inflammation, ne peut exister que dans un épithélium cylindrique ; que chez la femme, par conséquent, il peut bien provoquer une endométrite et une salpingite gonorrhéiques, mais qu'il est impuissant pour provoquer une inflammation spécifique de la vulve, du vagin, du péritoine, moins encore du tissu conjonctif.

En 1891, Wertheim montra que le gonocoque peut envahir non seulement l'épithélium cylindrique, mais encore l'épithélium cubique du péritoine, voire même le tissu conjonctif. Son opinion sur la possibilité d'une suppuration du tissu conjonctif sous l'influence du gonocoque a été combattue par un certain nombre d'auteurs ; tout le monde était, par contre, d'accord pour admettre les autres parties de son mémoire.

Nos idées sur le traitement de la gonorrhée chez la femme se sont également modifiées, en ce sens qu'actuellement tout le monde admet que l'infection gonorrhéique aiguë demande un traitement très peu actif, pour ne pas dire une expectation armée. C'est du moins la position qu'ont prise dans cette question la plupart des gynécologues berlinois. Brœse, par exemple, dit ceci : « Je suis peu à peu arrivé à la conviction que l'infection gonorrhéique récente doit être, comme la plupart des infections aiguës, surmontée par l'organisme lui-même, et qu'un traitement général est, sous ce rapport, plus utile à la malade que tous les traitements locaux. » D'après Winter, le stade aigu de l'infection a son utilité, laquelle utilité consiste dans la suppuration formant défense contre l'invasion des gonocoques ; il admet même qu'avec un traitement « abstentionniste » la gonorrhée peut dispa-

(1) *Gaz. méd. de Paris.*

raître au bout de huit jours d'une façon définitive. Veit pense aussi qu'en cas d'infection unique le gonocoque n'envahit pas les trompes, ni le péritoine.

Avec un traitement approprié qui se résume en un ménagement physique et thérapeutique, le pronostic de la gonorrhée chez la femme devient bien moins sombre que ne l'admettait Nœggerath ; et son opinion sur l'incurabilité de la gonorrhée chez la femme ne peut même plus s'appliquer aujourd'hui à la gonorrhée chronique.

Mais, avant d'aborder certains points du traitement, je désire encore m'arrêter sur le diagnostic.

Pour faire le diagnostic, il faut trouver le gonocoque. En pratique, dans la clientèle, on est réduit à l'examen microscopique des sécrétions, et le diagnostic est fait quand on trouve les diplocoques caractéristiques inclus dans des cellules, se colorant facilement avec les couleurs d'aniline et se décolorant par la méthode de Gramm. Comme, chez la femme, la gonorrhée se localise principalement dans l'urèthre et le canal cervical, on prend les sécrétions de ces deux canaux dont les orifices sont préalablement nettoyés, et on les étend sur des lamelles que l'on sèche d'abord à l'air, ensuite sur la flamme d'un bec de gaz ou une lampe à alcool. On les colore ensuite avec une solution filtrée de bleu de méthyle, et l'imprégnation une fois faite, on les lave au bout de deux minutes avec de l'eau stérilisée. Il ne reste plus qu'à examiner la préparation avec un objectif à immersion. La décoloration par la méthode de Gramm n'est pas indispensable.

On admet généralement que, chez la femme, l'urétrhite blennorrhagique disparaît très rapidement. Il n'en est rien et c'est pour cela que dans chaque cas, en l'absence même des symptômes uréthraux, on examinera les sécrétions uréthrales et, très fréquemment, on y trouvera des gonocoques que l'on cherchera vainement dans les sécrétions du col. Il faut donc examiner toujours les sécrétions utérines et les sécrétions uréthrales, car c'est la seule façon d'assurer le diagnostic. Disons enfin que, dans certains cas, les sécrétions uréthrales, tout en étant purement séreuses, peuvent renfermer de nombreux gonocoques.

Le diagnostic microscopique de la gonorrhée est donc très important ; toutefois, il n'est pas indispensable, et il est certain que la gonorrhée aiguë peut être diagnostiquée, en s'appuyant exclu-

sivement sur l'ensemble des symptômes cliniques. On peut même dire que le diagnostic de gonorrhée s'impose chaque fois que, chez une femme ayant eu des rapports sexuels, on trouve de l'uréthrite ou de l'endométrite, ou de la métrite ou de la salpingite, dont l'origine ne remonte pas à une septicémie puerpérale.

Nous avons déjà dit que le gonocoque peut envahir non seulement tous les épithéliums, mais encore le tissu conjonctif. Ces faits sont importants à connaître, car ils expliquent les complications de vulvite, de colpite, de paramétrite, de péritonite, qui surviennent dans l'infection gonorrhéique sans le concours d'autres microbes, sans le concours d'une infection mixte. Il est à remarquer qu'une certaine prédisposition à la gonorrhée et à ses complications existe d'une façon certaine. Ainsi, d'après Sænger, la vulvite gonorrhéique s'observe principalement « chez les vieilles femmes, les femmes enceintes, les femmes délicates, blondes », et Fritsch a caractérisé cette prédisposition en disant que la prolifération du gonocoque est liée non pas à la nature de l'épithélium, mais à ses propriétés biologiques. On connaît, du reste, le mot de Ricord: « Si vous voulez avoir une chaude-pisse, prenez une femme lympathique, pâle, blonde plutôt que brune, etc. »

Que le gonocoque, en pénétrant dans le tissu conjonctif, puisse y provoquer des phénomènes inflammatoires, cela est hors de doute. On a trouvé le gonocoque dans le tissu conjonctif péri-uréthral, péri-ovarique, péri-rectal, voire même dans les fentes lymphatiques du tissu sous-péritonéal. Wertheim, Saenger, Zweifel et autres ont signalé les abcès des ovaires d'origine gonorrhéique.

Les voies d'infection gonorrhéique sont très variables. Par contiguïté, le gonocoque peut remonter de la vulve dans le péritoine en passant par le vagin, l'utérus et les trompes ; il peut encore suivre la voie lympathique pour passer directement de l'utérus dans le péritoine, de la muqueuse des trompes dans les ovaires ; il peut enfin pénétrer dans le sang et envahir les organes éloignés. C'est là l'origine des métastases.

En parlant des métastases, je tiens à insister sur un point fort important au point de vue pratique. A la suite des interventions très énergiques, à la suite d'un cathétérisme, d'un curettage, etc., les tissus sont fréquemment traumatisés et le gono-

coque pénètre dans le sang. Il est certain que, dans certains cas de gonorrhée aiguë, localisée à l'urèthre ou au col, une intervention thérapeutique tant soit peu énergique a pour résultat de transporter le virus dans le paramètre, de provoquer des métastases dans les articulations et les veines. Très souvent un massage, un cathétérisme, destinés à redresser un utérus fléchi, sont suivis d'une inflammation aiguë des annexes avec fièvre élevée et phénomènes péritonéaux ; souvent encore, une endométrite subaiguë, bénigne est transformée par le curettage en une périmétrite grave dont la guérison demande des années. On ne saurait donc insister trop sur ce point que dans la gonorrhée aiguë ou subaiguë de la femme le traitement doit être aussi peu énergique que possible.

Ces années dernières, on a apporté des faits fort curieux relatifs à l'envahissement de divers organes par le gonocoque. On sait maintenant que le gonocoque peut envahir non seulement les diverses parties de l'appareil génital de la femme, mais les organes et les systèmes très différents. Dohrn, Rosinski, Leyden ont signalé la stomatite ulcéreuse gonoccocique des nouveau-nés ; dans l'observation de Kœnig, un jeune nourrisson contracte d'abord une conjonctivite gonorrhéique qui se complique de rhinite, d'otite moyenne de même nature. Sarfert a eu l'occasion d'ouvrir un abcès du sein chez une femme atteinte de gonorrhée : le pus renfermait des gonocoques. Barlow et autres ont signalé l'existence d'une cystite à gonocoques. L'existence d'une rectite catarrhale à gonocoques a été démontrée dans bien des cas, principalement chez des individus, hommes ou femmes, qui subissent le coït rectal. Notons à ce sujet que la proctite gonococcique est d'autant plus importante à connaître que souvent elle donne lieu à des ulcérations et rétrécissements ayant tous les caractères des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

Quant à la question de l'infection mixte dans la gonorrhée, nos connaissances sur ce sujet sont encore très obscures. Il y a quelques années, la salpingite suppurée, la péritonite circonscrite, la périmétrite ou périovarite, etc., étaient considérées, chez les femmes gonorrhéiques, comme le résultat d'une infection mixte. Cette hypothèse était erronée et, aujourd'hui, on sait que toutes lésions peuvent être produites par le gonocoque seul. Mais, d'un autre côté, on a trouvé dans le pus des trompes des bactéries

pyogènes streptocoque et staphylocoque, à côté du gonocoque. Peut-être ces faits contradictoires peuvent-ils être conciliés, en admettant que l'apparition des micro-organismes pyogènes se fait au moment où le processus gonorrhéique commence à décliner.

La question que l'on se pose souvent est de savoir à quel point la gonorrhée est fréquente chez la femme ? Il est difficile de répondre à cette question et les auteurs ne sont guère d'accord sur ce point. Noeggerrath admet que 80 0/0 des femmes sont atteintes de gonorrhée. C'est beaucoup trop. Pour Schwartz et Saenger, la gonorrhée existerait chez 12 0/0 des femmes qui s'adressent aux gynécologues. Ce chiffre n'est pas assez élevé et la vérité se trouve peut-être entre les deux extrêmes.

Ceci étant bien établi, je passe aux diverses localisations de la gonorrhée chez la femme et à leur traitement. Mais, avant tout, je tiens à déclarer, encore une fois, que l'infection gonorrhéique aiguë, indépendamment de sa localisation, doit être traitée par le ménagement physique et thérapeutique, par l'abstention de tout ce qui rappelle une thérapeutique énergique. A cette règle, il n'existe qu'une seule exception : c'est le pyosalpinx qui, presque toujours, exige une intervention chirurgicale. Les indications des cautérisations et injections locales n'existent que dans la gonorrhée chronique et rebelle et, même dans ce cas, il faut renoncer à un traitement énergique, quand il existe en même temps une lésion des annexes. Quand, dans ces cas complexes, l'affection résiste, j'ai souvent réussi d'une façon assez satisfaisante avec le traitement que Leube emploie dans la gastrique chronique et qui comprend le repos absolu au lit et les cataplasmes chauds sur le ventre. L'opération peut être quelquefois évitée à la malade. Et il en est de même d'une foule d'autres interventions de moindre importance.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer toutes les méthodes thérapeutiques qui ces temps derniers ont été préconisées contre la gonorrhée de la femme. Ce qui importe au praticien, c'est d'avoir à sa disposition une seule méthode, mais simple et pouvant s'appliquer à la majorité des cas. En exposant ma méthode, je n'ai naturellement pas la prétention de croire qu'elle est supérieure aux autres ; c'est tout simplement à titre de contribution au traitement de la gonorrhée que je veux l'exposer.

Je commencerai donc par signaler les diverses localisations de la gonorrhée chez la femme.

Presque toujours la gonorrhée envahit en premier lieu l'urèthre, et dans 50 % des cas, dans 70 % d'après certains auteurs, on trouve en même temps une gonorrhée du col. L'envahissement de la muqueuse utérine est plus rare et survient quelquefois à l'occasion des règles, d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale locale. Les trompes ne seraient prises que dans 33 % des cas (Sænger, Rosthorn).

L'infection de la vulve et du vagin est généralement secondaire et s'effectue ordinairement quand l'écoulement du col ou de l'urèthre est particulièrement abondant. D'après certains auteurs, la vaginite ou la vulvite doivent dans ces cas être attribuées à l'action purement chimique de l'écoulement purulent. Seulement rien ne prouve pour la vulve, par exemple, qu'après la macération de l'épithélium, il ne s'agisse d'une inflammation spécifique.

On voit par là que c'est contre l'uréthrite et la métrite gonorrhéique que l'on aura le plus souvent à lutter.

1° L'*uréthrite gonorrhéique* constitue, comme nous l'avons dit, la localisation la plus fréquente de la gonorrhée chez la femme. Presque toujours, l'urèthre est envahi soit en premier lieu, soit simultanément avec d'autres organes. Rarement l'uréthrite gonorrhéique se manifeste par des symptômes bruyants ; souvent même elle passe inaperçue aussi bien pour la malade que pour le médecin et ce n'est qu'en interrogeant la malade qu'on apprend que, les premiers temps après le mariage, la malade a éprouvé du ténesme vésical et a eu des mictions fréquentes. Le diagnostic ne peut être fait dans ces cas que par l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales que l'on obtient en faisant couler une goutte de liquide à l'orifice externe.

L'*uréthrite aiguë* ne nécessite aucun traitement local. Si les symptômes sont accusés, on met la malade au lit et on ordonne un régime doux. En fait de thérapeutique on prescrit les lavages de la vulve avec une solution de sublimé au 5000e et les injections vaginales, à titre prophylactique, avec une solution de permanganate de potasse au même titre. En même temps on veillera à la régularité des selles et on défendra d'une façon absolue le coït.

Avec un tel traitement, quand on sait éviter toute intervention

locale, l'uréthrite aiguë guérit en trois semaines. Le pronostic est donc relativement favorable.

Dans l'*uréthrite chronique* qui le plus souvent succède à l'uréthrite aiguë mal soignée, l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales a également une importance diagnostique considérable. L'épreuve de deux verres peut également être utilisée, à la condition de bien nettoyer préalablement le vagin.

Le plus souvent les symptômes de l'uréthrite chronique sont peu accusés et se réduisent à des picotements pendant les mictions, à une sensation d'un corps étranger dans l'urèthre. Mais il faut savoir qu'à côté de ces cas qui forment la majorité on en trouve d'autres où les malades souffrent pendant des années. Les symptômes qu'on trouve dans ces cas sont du ténesme vésical, des mictions douloureuses, des difficultés de miction allant quelquefois jusqu'à la rétention complète de l'urine, si bien que l'on est obligé de sonder la malade. Malgré cette symptomatologie bien nette, les malades sont considérées par des médecins, et même par des médecins instruits et consciencieux, comme hystériques, névropathes, tandis qu'un simple examen de ces sécrétions mettrait sur la voie du diagnostic en montrant la présence des gonocoques.

Le traitement de l'uréthrite chronique doit être local. On commencera par injecter dans l'urèthre, tous les deux ou trois jours, avec une seringue de Braun, une certaine quantité d'une solution phéniquée à 3 %, que l'on remplacera plus tard par les injections d'une solution de nitrate d'argent au 5000e. Ces injections sont rarement douloureuses, et, quand elles provoquent de la douleur, celle-ci ne dure pas longtemps. En même temps on prescrira les injections vaginales tièdes avec une solution de permanganate de potasse au 5000e, des bains de siège. On mettra la malade à un régime alimentaire doux en proscrivant d'une façon absolue le vin et la bière.

2° La *gonorrhée du canal cervical* se manifeste avant tout et en premier lieu par l'écoulement. L'écoulement est incolore, lactescent dans les cas chroniques, purulent et sanguinolent dans l'infection aiguë. En pratique, c'est contre cet écoulement que l'on dirige ordinairement tous les efforts, et, comme dit Fraenkel, il existe une sorte d'association d'idées entre l'écoulement et les injections vaginales avec une solution d'alun.

Certainement, cette pratique banale n'est pas recommandable, et prescrire des injections en se basant exclusivement sur l'existence d'un écoulement ne constitue pas œuvre de clinicien. Mais, dans l'infection aiguë du col, ces injections ne sont pas mauvaises, moins dangereuses certainement que les injections caustiques plus énergiques, car l'alun peut du moins revendiquer un effet : c'est de durcir l'épithélium et de s'opposer ainsi à l'invasion du gonocoque.

Je préfère aux injections d'alun une substance désinfectante faible, le permanganate de potasse au 5000e. On peut également employer avec succès les injections vaginales de Fritsch, surtout dans les cas où la gonorrhée du col s'est compliquée d'une vulvo-vaginite. Fritsch prescrit trois cents grammes d'une solution de chlorure de zinc à 50 %, dont on prend une cuillerée à bouche (20 grammes) pour chaque litre d'eau. Ces injections vaginales font rapidement disparaître la rougeur de la vulve et du vagin ; très rapidement aussi les sécrétions cervicales diminuent et le col reprend peu à peu son aspect normal.

L'écoulement n'est pas le seul symptôme de la gonorrhée cervicale. Aujourd'hui, on sait d'une façon certaine que les érosions du col sont également, dans la majorité des cas, de nature gonorrhéique. Dans ces conditions, si ces érosions ne sont qu'un des symptômes de l'infection gonorrhéique du col, on comprend qu'une thérapeutique, dirigée exclusivement contre elles, échouera forcément, surtout si la gonorrhée du col est passée à l'état chronique. Il faut donc dans ces cas s'attaquer avant tout à la muqueuse infectée, et souvent les érosions guérissent alors spontanément.

On commence donc par traiter localement la gonorrhée chronique du col. Ce qui réussit le mieux dans ces circonstances, ce sont les cautérisations de la muqueuse à l'aide des caustiques peu énergiques. On procède de la façon suivante :

Après avoir bien isolé le col dans le spéculum cylindrique ou bivalve, on le nettoie avec un tampon d'ouate trempé dans une solution phéniquée, en essayant d'enlever en même temps le bouchon du canal cervical. Si le bouchon est visqueux, difficile à enlever, on injecte avec la seringue de Braun, dans la cavité du col, soit une solution d'acide phénique à 3 % ou de borax à 5 % ; ou bien encore on essaie d'avoir le bouchon muqueux avec la sonde de Playfair garnie d'ouate trempée dans une solution.

Le col une fois libre, on injecte dans le canal cervical une petite quantité d'une solution de nitrate d'argent au 3000°. Mais si l'orifice externe du col est étroit, s'il s'agit d'une nullipare, il faut renoncer aux injections qu'on remplace dans ces cas par un attouchement de la muqueuse avec un tampon d'ouate enroulé autour de la sonde de Playfair et trempé dans la même solution de nitrate d'argent.

Ces injections suffisent souvent pour amener la guérison des érosions. Dans les cas contraires, il faut après chaque injection cautériser les érosions avec une solution forte (2 %) de nitrate d'argent.

Souvent le traitement qui vient d'être exposé permet d'éviter une intervention chirurgicale.

3° L'*infection gonorrhéique aiguë de la cavité du corps de l'utérus* se manifeste quelquefois par des symptômes très bruyants de péritonite, et souvent ce n'est qu'au bout d'une ou de deux semaines de repos au lit, d'applications de glace sur le ventre, d'administration d'opium, que l'inflammation se limite à l'appareil génital. Ce qui vient d'être dit constitue toute la thérapeutique de l'endométrite gonorrhéique aiguë : repos au lit, glace sur le ventre, opium, diète rigoureuse, mictions et selles régulières.

Mais il existe des cas où l'infection en question évolue d'une façon très bénigne, et cette période peut même échapper au malade. Aujourd'hui, nous savons que l'endométrite chronique relève très souvent d'une gonorrhée méconnue. Je vais même plus loin et je dis : La plupart des endométrites chroniques, survenant pendant la vie sexuelle et ne se rattachant ni à un avortement, ni à des accidents puerpéraux, sont de nature gonorrhéique. Toutefois il est indiqué de ne pas considérer comme étant de nature inflammatoire toutes les hyperhémies et toutes les hyperplasies de la muqueuse utérine. Ces hyperhémies et ces hyperplasies, qui disparaissent avec les causes qui leur ont donné naissance, se trouvent encore assez souvent dans les troubles de circulation locale ou générale consécutivement à des affections du cœur, du foie, des reins, dans les déviations de l'utérus, dans les hyperhémies de l'appareil génital en cas de sarcomes, de carcinomes ou de myomes ; dans tous ces cas il s'agit non pas d'une inflammation, mais d'une hyperhémie secondaire.

Sans parler du gonocoque, l'endométrite chronique peut encore

être provoquée par des bacilles tuberculeux, par des coli-bacilles, par des saprophytes, voire même par des protozoaires. Mais, comme fréquence, le rôle étiologique du gonocoque vient en premier lieu, et bien que la démonstration bactériologique de la nature gonococcique de l'endométrite chronique fasse encore défaut, les faits cliniques ne laissent aucun doute sur ce point.

Si l'on admet que l'endométrite chronique est le plus souvent de nature gonorrhéique, la conclusion pratique à en tirer, c'est que le curettage, devenu malheureusement de pratique courante, ne doit être appliqué que dans des cas tout à fait exceptionnels. Dans la plupart des cas d'endométrite chronique le curettage est non seulement le plus souvent d'aucun effet, mais encore quelquefois directement nuisible, en ce sens qu'il donne une sorte de coup de fouet à l'infection qui envahit alors les organes voisins. L'inefficacité du curettage est du reste démontrée par ce fait que souvent on est obligé de revenir à la même opération trois, quatre fois, sans que la malade en retire le moindre bénéfice.

Plus efficaces que les grattages sont, dans le traitement de l'endométrite chronique, le traitement local de la gonorrhée cervicale et un traitement fortifiant général comprenant un régime alimentaire substantiel, le drap mouillé, le séjour au grand air, les injections vaginales, les bains de siège.

4° L'*infection gonorrhéique aiguë ou chronique des annexes* (trompes, ovaires, paramètre, péritoine pelvien) n'exige pas non plus un traitement bien actif, à moins qu'il n'y ait du pus dans les trompes et les ovaires, condition qui impose l'intervention chirurgicale, l'extirpation. Mais s'il s'agit d'un empâtement diffus avec adhérences entourant comme une gangue tous ces organes, le traitement de choix sera encore « le ménagement physique et thérapeutique ».

La malade sera condamnée, pour un mois, au repos absolu dans le lit qu'on ne lui permettra pas de quitter même pour satisfaire les besoins naturels ; deux fois par jour on appliquera de larges cataplasmes chauds sur le ventre ; on prescrira un régime doux, on veillera à la régularité des selles et de la miction.

On supprimera les cataplasmes s'il survenait un mouvement fébrile assez accusé ou des douleurs vives. La fièvre comme la douleur doivent faire chercher l'existence d'un foyer de suppura-

tion et cette recherche devra souvent être faite sous le chloroforme.

La malade ne quittera le lit que lorsqu'elle sera restée longtemps sans souffrir. Mais si la douleur persiste, si en un mot le traitement ci-dessus échoue, il ne faut pas hésiter à recourir à une intervention chirurgicale, à l'ablation des annexes. Mais si, au contraire, sous l'influence du traitement médical, la situation s'améliore, si la fièvre irrégulière apparaît de plus en plus rarement, si les douleurs spontanées ou provoquées deviennent de moins en moins vives, il faut persister. On prescrira alors les résolutifs, tampon de glycérine et d'iodure de potassium, injections vaginales chaudes, bains de siège, etc. ; on insistera sur l'hygiène générale, on enverra la malade à la campagne pour vivre au grand air et au soleil.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(8e *article, voir les sept numéros précédents* (1).

—

Des injections intra-utérines,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire.— Indications des injections intra-utérines : 1° pour déterger la muqueuse du canal cervical et de la cavité utérine avant une cautérisation ; 2° comme moyen modificateur direct dans l'endocervicite et dans l'endométrite de forme catarrhale ou de forme hémorrhagique.
Contre-indications pendant la période aiguë de l'infection gonorrhéique, en cas de sténose des orifices. Les rétroflexions, sans être une contre-indication absolue, doivent rendre circonspect dans l'emploi des injections intra-utérines.
Substances employées en injections intra-utérines : teinture d'iode, solution normale de perchlorure de fer, solution de nitrate d'argent, solution de chlorure de zinc à 10 0/0, glycérine créosotée, glycérine iodoformée, glycérine sublimée, glycérine phéniquée, glycérine ichthyolée, solution d'acide picrique, solution phéniquée, alcool rectifié, etc. Indications spéciales de ces diverses substances.
Appareil instrumental : Seringue de Braun munie d'une canule métallique à jet rétrograde.
Technique : Position de la malade. Injection vaginale. Placement du spé-

---

(1) *Erratum* : Le titre de notre dernier article de technique thérapeutique doit être lu : Des lavages intra-utérins *en* gynécologie, au lieu de *par* gynécologie.

culum à crémaillère. Injection proprement dite. Pansement consécutif.
Nombre des séances.
Résultats obtenus dans l'endocervicite et dans l'endométrite.

Nous avons décrit, dans notre dernier article, les lavages intra-utérins ; les injections intra-utérines que nous allons étudier aujourd'hui en diffèrent essentiellement par la quantité beaucoup moindre de liquide injecté chaque fois et par la composition généralement plus active de ce liquide.

Si, accidentellement, on fait des injections de liquides peu actifs pour déterger la muqueuse du canal cervical ou de la cavité utérine avant une cautérisation locale, plus souvent l'injection intra-utérine est pratiquée avec des solutions relativement beaucoup plus concentrées que celles qui servent pour les lavages intra-utérins et elle a pour but de modifier directement la muqueuse. On comprend très bien qu'elle ne remplace qu'imparfaitement les lavages intra-utérins, dans le premier cas, et que, dans le second cas, elle ne fait pas double emploi avec les lavages, qu'elle est appelée, au contraire, à compléter.

Nous considérons donc les injections intra-utérines comme n'ayant qu'accessoirement pour indication de déterger la muqueuse du canal cervical et celle de la cavité utérine avant une cautérisation de ces muqueuses ; leur indication principale est d'agir comme modificateur direct des lésions locales dans l'endocervicite et dans l'endométrite de forme catarrhale ou de forme hémorrhagique.

L'infection gonorrhéique aiguë est, à notre avis, une contre-indication absolue à l'emploi des injections intra-utérines qui doivent être réservées aux formes chroniques ou tout au moins sub-aiguës. Il est illusoire, dans la grande majorité des cas, de chercher à faire avorter une endorcervicite gonorrhéique aiguë et on risque, par une cautérisation trop intense, de faciliter l'invasion de la cavité utérine ou même des annexes par le gonocoque primitivement cantonné dans le canal cervical.

La sténose des orifices du col est également une contre-indication absolue à l'emploi des injections intra-utérines ; on ne doit y recourir que lorsque le canal cervical est largement béant et, dans le cas contraire, la dilatation préalable du col est de rigueur.

Dans les rétroflexions, les injections intra-utérines sont presque toujours suivies de douleurs vives, de coliques pénibles ; aussi, dans ce cas, devra-t-on attendre qu'on ait pu faire le redressement de l'utérus avant d'employer cette médication locale ; s'il y avait nécessité d'agir sans retard sur la cavité utérine, on donnerait la préférence à l'application intra-utérine à l'aide de l'applicateur de Playfair ou de tout autre instrument analogue. (Voir, dans un de nos prochains numéros, l'article : Applications intra-utérines.)

Les substances employées en injections intra-utérines sont nombreuses ; nous ne citerons que les principales avec leurs indications spéciales.

La teinture d'iode pure est utilisée depuis longtemps, surtout dans les endométrites hémorrhagiques ; elle est également d'un usage avantageux dans les endocervicites ulcéreuses, à la condition cependant que le canal cervical soit très large, car, dans les cas contraires, on aurait à redouter une atrésie du col.

La solution normale de perchlorure de fer est employée dans les mêmes conditions ; elle présente, sur la teinture d'iode, l'avantage d'être moins douloureuse, si on prend soin de se servir d'une solution parfaitement neutre.

La solution de nitrate d'agent à 1 ou 2 % est surtout indiquée dans la gonorrhée utérine chronique ; il faut l'injecter à très petites doses, en instillations, et seulement chez les multipares à col très large, pas plus d'une fois par semaine, et en veillant bien à ce qu'il n'y ait pas de sténose consécutive. C'est une substance très active, mais aussi plus dangereuse que toutes celles que nous passons en revue en ce moment. Il ne faut donc s'en servir qu'à bon escient et non d'une façon banale, comme on le faisait autrefois.

La solution de chlorure de zinc à 10 %, la glycérine créosotée au 1/3, la glycérine iodoformée à 1/10, la glycérine phéniquée à 1 %, la glycérine sublimée à 1 0/00, la glycérine ichthyolée à 10 % rendent des services surtout dans l'endocervicite catarrhale et dans les endométrites glandulaires plus que dans les formes hémorrhagiques.

La solution saturée d'acide picrique, la solution d'acide phénique à 1 % servent surtout à déterger la muqueuse utérine avant

une cautérisation plus énergique. L'alcool rectifié est préconisé dans les mêmes conditions, mais s'il nettoie bien le canal cervical, il détermine souvent des sensations pénibles de cuisson.

En résumé, le nitrate d'argent pour la gonorrhée chronique (avec les précautions que nous avons indiquées plus haut), la solution normale de perchlorure de fer pour les endométrites hémorrhagiques, la solution de chlorure de zinc à 10 % et la glycérine créosotée au 1/3 pour les endocervicites et les endométrites catarrhales, l'acide picrique pour enlever le bouchon muqueux du col, telles sont les substances qui conviennent le mieux, dans la pratique courante.

L'appareil instrumental est des plus simples : Une seringue de Braun, d'une capacité de 4 cent. cubes, munie d'une canule métallique ayant la courbure ordinaire et percée de deux orifices à son extrémité (l'un en avant, l'autre en arrière ; les orifices latéraux sont inutiles et pourraient quelquefois être dangereux). Une canule métallique est préférable à la canule primitive de Braun, qui se faisait en gomme durcie, car elle est plus facile à aseptiser par flambage ou par ébullition.

La malade étant placée dans la position habituelle de l'examen au spéculum, on procède à l'injection vaginale comme nous l'avons dit précédemment. Le col est mis à nu à l'aide du spéculum à crémaillère, puis soigneusement essuyé avec de l'ouate hydrophile. Un petit tampon d'ouate est placé, sur la valve inférieure du spéculum, au contact du col, pour absorber le liquide qui vient sourdre à l'orifice externe pendant l'injection.

La canule de la seringue, chargée au préalable de la solution choisie, est introduite dans le canal cervical ou dans la cavité utérine, suivant qu'on veut agir sur la cavité du col ou sur la cavité du corps, et l'injection est poussée lentement à la dose d'une seringue entière pour la plupart des liquides énumérés plus haut, à la dose de cinq à dix gouttes seulement s'il s'agit du nitrate d'argent.

L'injection terminée, on retire la canule, on essuie de nouveau le col et on place, sur le museau de tanche, un pansement approprié (voir l'article : Pansements vagino-cervicaux).

En moyenne, on fait une injection intra-utérine tous les deux ou trois jours, mais les injections de nitrate d'argent ne doivent

pas être répétées plus d'une fois par semaine, par crainte des sténoses consécutives.

Les injections intra-utérines sont un peu tombées en défaveur dans ces dernières années ; elles rendent cependant de véritables services dans les endocervicites et les endométrites chroniques de moyenne intensité et curables par des soins purement médicaux. Si on respecte rigoureusement les contre-indications que nous avons pris soin d'indiquer plus haut, si on choisit convenablement la solution à injecter, si on procède aseptiquement et enfin si on surveille l'action des injections au point de vue des sténoses consécutives, on en constatera certainement de bons résultats. Il est incontestable, d'autre part, qu'il vaudrait mieux s'en abstenir que de les employer sans discernement et sans précautions.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

Sixième Congrès de la Société allemande de gynécologie

Tenu à Vienne du 5 au 7 juin 1895

(*Suite et fin.*)

DODERLEIN (de Leipzig). — **Des rapports de l'endométrite avec les fonctions de la génération.** — *Hégar* nous a montré que les maladies de l'œuf humain étaient causées par l'endométrite. Il a de plus démontré que la plupart des avortements étaient dus à un développement anormal de l'œuf ; c'est pourquoi il faut examiner l'œuf expulsé pour reconnaître la cause de l'avortement. Les femmes disent souvent qu'elles ont reçu un coup, qu'elles ont fait un effort, tandis que si l'on regarde bien, qu'on examine attentivement, la cause est souvent dans une malformation de l'œuf. — Il existe peu d'observations d'endométrite infectieuse pendant la grossesse. Je ne veux point parler des endométrites qui se produisent à la suite d'un avortement ou d'un accouchement. Je veux seulement établir si, *pendant la grossesse les microorganismes peuvent pénétrer dans la muqueuse utérine*,

ou entre les membranes de l'œuf. *Donat* a observé, à la clinique de *Crédé*, un cas de métrite purulente dans un accouchement avant terme (8e mois). Donat trouva les globules du pus dans l'amnios et dans la caduque. Il constata des foyers purulents dans le placenta entre l'amnios et le chorion. Il n'a pas trouvé de gonococcus. Dans trois cas d'avortement le docteur *Emmanuel*, assistant à la clinique de *Viet*, a examiné la muqueuse déciduale, il a trouvé 2 fois des coccus colorés par la méthode de Gramm et une fois un bacille qui se comportait sur les cultures comme le BB. coli communis.— *Franqué* et *Merthens* ont fait des recherches semblables dans des cas d'endométrite déciduale et n'ont pas trouvé de microbes dans le foyer d'infiltration. — Dans les conditions normales, la cavité de l'utérus gravide est stérile : c'est-à-dire qu'elle ne contient pas de germes. Ceci a été démontré par les recherches unamimes d'Ott, Zerniewky, Thomen, Mironow, Franqué. Ceci est un criterium important pour les suites de couches normales. Les mêmes auteurs ont trouvé le plus souvent le streptococcus dans les lochies de femmes malades. Les cas graves de fièvre puerpérale sont causés, d'après *Doléris, Bumm*, *Vidal*, etc., par ces endométrites septiques. J'ai pu m'en persuader moi-même par mes propres recherches. Dans les organes malades de fièvre puerpérale, utérus, muscles, foie, reins, veines thrombosées, lymphatiques, on trouve toujours des microorganismes. Comme l'ont démontré depuis longtemps les recherches de *Doléris* (*in* thèse Paris 1880). — L'endométrite septique est une maladie plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Elle ne peut être démontrée que par des recherches bactériologiques. Je me rappelle l'observation d'une femme accouchée, morte le quatorzième jour après l'accouchement. Elle présentait pour tout symptôme un abcès du sein.

L'examen bactériologique démontra que la muqueuse utérine, le muscle utérin étaient remplis de streptococcus.

Pourquoi dans un cas y a-t-il une endométrite localisée, dans un autre une paramétrite localisée, une péritonite, chez une autre une lymphangite ou une thrombophlébite ? Il est difficile de répondre affirmativement. D'après *Bumm*, il s'agit d'une différence de virulence, mais nous n'avons pas de criterium pour apprécier le **degré de virulence** des microbes. Outre la virulence, il faut considérer la résistance que certains organes et le sujet lui-même

opposent à l'affection. Les phagocytes ou globules blancs du sang (*Metschnikoff*) jouent un grand rôle dans la lutte de l'organisme contre l'agent infectieux.

Wertheim (Vienne). — **De la gonorrhée utérine.** — L'utérus est, après l'urèthre, le lieu de prédilection de l'infection gonorrhéique. Dans la plupart des cas, l'utérus est infecté directetement ; dans certains cas, il est seul infecté et l'urèthre ne présente aucune modification. L'infection gonorrhéique de l'utérus est toujours aiguë dans le premier stadium. Elle a produit une inflammation de la muqueuse utérine caractérisée par une endométrite interstitielle. En passant de l'état aigu à l'état chronique, l'endométrite devient glandulaire, les glandes deviennent plus nombreuses. A côté de l'altération de la muqueuse, il s'est produit un état inflammatoire de la musculature utérine. Cette lésion se traduit par une infiltration du tissu conjonctif et un épaississement de la paroi des vaisseaux. Finalement il se produit une hypertrophie du tissu conjonctif de la matrice caractérisée par une augmentation de volume, une sensibilité et une douleur au niveau de la matrice soit à la pression, soit spontanément. — Dans un certain nombre de cas on peut trouver les gonococcus dans la muqueuse. Il y a beaucoup de cas où on ne trouve pas les gonococcus soit par la culture, soit par le microscope. La recherche des gonococcus est d'autant plus difficile que l'on pénètre plus avant dans les tissus. Je me suis servi pour mes recherches de pièces anatomiques provenant d'opérations faites à la clinique du professeur Schauta. *Schauta* enlève l'utérus dans les cas où les annexes sont infectées par un pus gonorrhéique. Je n'ai utilisé que des pièces provenant de cas où l'infection gonorrhéique existait encore ou avait été démontrée antérieurement. Dans 8 cas, la présence des gonococcus fut constatée dans la cavité utérine. Dans trois cas les gonococcus avaient été constatés dans les sécrétions utérines avant l'opération. Dans un cas, les annexes de nature gonorrhéique avaient été enlevées depuis un an, et on trouve encore des gonococcus dans l'utérus extirpé. Enfin dans 6 cas on ne constata pas de gonococcus dans le pus des annexes ni dans la cavité utérine ; mais les antécédents et l'histoire de la maladie ne laissaient aucun doute sur la nature de l'infection gonorrhéique. L'orifice interne de la matrice n'est pas un obstacle capable

d'arrêter l'émigration des microbes dans la cavité utérine. Nous sommes persuadé qu'une infection nouvelle est souvent la cause de l'exacerbation de l'infection gonorrhéique. Nous en avons publié un cas dans la *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1894. Pour nous, l'infection nouvelle est souvent la cause des poussées aiguës de l'infection, et cela peut se constater chez les femmes mariées, comme chez les femmes qui ne le sont pas. L'état puerpéral offre un terrain favorable à l'infection gonorrhéique. En outre, la menstruation, la copulation et les différentes manipulations intra-utérines sont également des sources et des causes d'infection.

Wertheim (de Vienne). — **De la cystite gonorrhéique pure.**— J'ai observé un cas de cystite gonorrhéique pure chez une jeune fille de 9 ans atteinte de vulvovaginite gonorrhéique. Cette jeune fille se plaignait de douleurs très violentes dans la vessie. Les urines contenaient du pus et dans ce pus j'ai trouvé des leucocytes renfermant des gonococcus. En outre, au moyen du cystoscope, j'ai excisé un morceau de muqueuse. J'ai trouvé dans les coupes de ce morceau de muqueuse une grande quantité de gonococcus. Vous pouvez voir dans les préparations que je vous présente des amas de gonococcus dans l'épithélium de la muqueuse et dans le tissu conjonctif sous-muqueux. Ceci prouve l'existence d'une cystite gonorrhéique, ce qui avait été nié jusqu'à présent, tant par les auteurs français (*Rebeaud*) que par les auteurs allemands. De plus, j'ai trouvé des amas de gonococcus dans les vaisseaux capillaires et dans les petits vaisseaux qui étaient littéralement oblitérés par les gonococcus. Il s'agissait, non de vaisseaux lymphatiques, mais de vaisseaux sanguins, puisque à côté des gonococcus on voyait des globules rouges du sang. Cette découverte montre l'existence d'une thrombose gonorrhéique et la possibilité d'une endocardite de nature gonorrhéique.

Fehling (de Halle). — **Du traitement de l'endométrite.** — Dans le traitement de l'endométrite, il faut distinguer le traitement de l'endo-puerpérale et de l'endo-non puerpérale.— Dans l'endométrite puerpérale aiguë, dès l'apparition de la fièvre on lavera le vagin toutes les 2 ou 3 heures avec la solution suivante : lysol 6,5 %, a. phénique 2 %, permanganate de potasse 2 à 5 pour 1,000, sublimé 1 gr. pour 4,000 d'eau. Le sublimé est contre-in-

diqué dans les cas de néphrite ou d'anémie grave. Si au bout de 24 heures la fièvre ne tombe pas, il faut faire alors des injections intra-utérines. Il faut, à la fin de l'injection, exercer une faible pression sur l'utérus de manière à faire sortir tout le liquide injecté. Le curettage de l'utérus n'est indiqué que lorsqu'il reste des débris de placenta ou de membrane en putréfaction. Dans ces cas, les injections ne suffisent pas à enlever ces débris. Il est inutile de tamponner l'utérus avec la gaze iodoformée, l'utérus, largement ouvert, n'a pas besoin de drainage. Après le curettage, je fais un badigeonnage à l'intérieur de la cavité utérine avec un tampon imprégné d'une solution alcoolique d'acide phénique à 50 %.

Dans l'endométrite aiguë, en dehors de l'état puerpéral, le traitement consiste dans le repos au lit, la glace, cataplasme, laxatifs légers, morphine et codéine. Si les annexes sont saines, il faut traiter l'intérieur de la cavité utérine avec la solution suivante : acide phénique 50 % (solution alcoolique), chlorure de zinc 20 %, teinture d'iode 20 %, nitrate d'argent 10 %, ou la mixture suivante : glycérine 100, eau distillée áá 10 grammes, ichtyol áá 10 grammes.

Avant de faire le traitement de l'endométrite chronique, il est indispensable de rechercher s'il n'y a pas, en dehors de l'utérus, une inflammation des annexes, du paramétrium, du perimétrium ou du péritoine pelvien, qui impose une abstention ou une contre-indication au traitement de l'endométrite.

Le mieux est de traiter l'inflammation des annexes, de les enlever s'il y a lieu, et alors l'endométrite disparaît d'elle-même. Dans les catarrhes du col et du vagin, il faut d'abord traiter le col et le vagin avant de s'occuper de l'endométrium.

Dans les congestions de la matrice, il faut faire des saignées locales du col, le massage de l'utérus, les injections chaudes, tampons glycérinés, ergotine, hydrastis, réduction de l'utérus.

Pour traiter l'endométrium, il faut que l'utérus soit suffisamment ouvert ; pour cela on emploie : *a*) les dilatateurs en métal, gomme durcie ; le verre et le bois ont l'inconvénient de forcer et de causer des éraillures dans la cavité utérine ; — *b*) la dilatation par la gaze iodoformée introduite dans le corps suivant la méthode de Vuillet ; — *c*) les tiges de laminaires sont préparées, en les faisant bouillir trois minutes dans une solution phéniquée

à 5 %, et sont conservées dans une solution d'éther iodoformée à 10 %. — Chez les nullipares, on emploie deux tiges de douze heures en douze heures. Chez les femmes qui ont déja accouché une fois, une seule tige suffit.

Ces dilatations sont indiquées : 1° lorsqu'on soupçonne une tumeur maligne de l'utérus et que le microscope ne donne aucun résultat ; 2° pour le diagnostic du siège, du polype ou du fibrome sous-muqueux ; 3° lorsque, à la suite d'un curettage, il y a toujours récidive de l'hémorrhagie.

Le traitement de l'*endométrium* ou traitement intra-utérin se fait par des liquides, des solides, des poudres, ou des mixtures solides, vaseline additionnée de médicaments. *A*) Les médicaments liquides sont introduits au moyen de la sonde de Playfair. Dans les hémorrhagies, on emploie : *teinture d'iode* 10 à 20 %, *acide phénique*, solution alcoolique à 50 %, *sulfate de cuivre* 5 à 10 %, perchlorure de fer 50 %, *chlorure de zinc* 10 à 20 %. Dans les catarrhes de la muqueuse, on emploie l'*acide acétique*, le *nitrate d'argent* de 5 à 30 %, l'*ichtyol* pur ou *avec parties égales de glycérine*. Après ces cautérisations les malades *doivent garder le lit*, et on met un tampon à la glycérine dans le vagin. On renouvelle ces cautérisations intra-utérines 8 jours et plus après la première cautérisation. Je *préfère* de beaucoup la *sonde* de Playfair à la *seringue* de Braun, à cause du danger qu'il peut y avoir à injecter du liquide dans les trompes. *B)* Les crayons utérins sont employés depuis longtemps, les crayons de nitrate d'argent d'iodoforme, les crayons au chlorure de zinc de Dumontpallier ; à ces derniers je fais le reproche d'exercer une action caustique trop étendue. *C*) Les *poudres* et les *pommades* sont, selon moi, peu actives, parce qu'elles *ne se diffusent pas* dans toutes les parties de la muqueuse ; les injections de l'utérus sont peu pratiques, parce qu'elles ne se répartissent pas sur toute la surface de la muqueuse utérine. Le docteur *Rosing*, mon assistant, a fait des expériences à ce sujet, qui ont démontré que le liquide se répandait seulement sur la paroi qui se trouvait en regard de l'orifice de la sonde. C'est pourquoi je recommande de nettoyer la cavité interne avec un bâton armé de gaze ou de coton, puis de porter la substance antiseptique ou de pratiquer le curettage. On peut tremper le bâton dans la glycérine, une solution de carbonate de soude.

Chez les nullipares et les vierges, j'introduis de la gaze dans la cavité utérine que je mélange avec l'iodoforme, le thymol, l'alun, l'acide borique, le tannin, le bismuth. Quand il faut agir plus énergiquement, on emploie le chlorure de zinc à 1/5 % et la gaze d'ichtyol à 10 %. Le tamponnement intra-utérin avec la gaze reste en place 12 à 24 heures, mais avec la gaze au chlorure de zinc, on ne peut répéter le pansement que tous les huit jours.

Apostoli obtient avec le courant continu des cautérisations aussi énergiques qu'avec les caustiques chimiques. On ne peut, comme Apostoli, employer 200-300 milliampères ; le mieux est de commencer avec 25-30 milliampères en employant la sonde en platine ou le charbon.

Le traitement principal de l'endométrite est le curettage. Inauguré en France par *Récamier*, le curettage fut introduit en Allemagne par *Olshausen*. Il est certain que l'on en fait maintenant un abus, d'autant plus que ce *n'est pas une opération sans danger*, puisque l'on peut perforer la cavité utérine ; le curettage de la muqueuse est indiqué lorsqu'on veut examiner un morceau de muqueuse au microscope et dans la métrite : *a*) *fongueuse*, *b*) exfoliative ou *membraneuse*, *c*) dans l'endométrite déciduale après l'accouchement ou une fausse couche ; après le curettage on lave la matrice, puis on l'éponge à sec ; enfin, on applique les antiseptiques ; avec un bâton entouré de ouate on porte la substance directement dans la matrice, soit une solution alcoolique, d'acide phénique 50 %, soit teinture d'iode 10 %, soit chlorure de zinc 20 à 30 % ; les malades doivent rester de 4 à 8 jours au lit. Je répète une ou deux fois la cautérisation pendant le séjour à ma clinique.

Quant à l'érosion du col, on traite par les injections vaginales, avec de l'eau salée, carbonate de soude ou la solution de Tavel : 7,5 chlorure de sodium ; 2,5 carbonate de soude (cristaux) ; 1.000 g. eau.

Dans les formes infectieuses il faut employer des solutions plus actives, telles que sublimé, tanin, alun, sulfate de zinc, etc. Lorsque le catarrhe est guéri, il est bon de soigner l'ectropion ou érosion des lèvres du col par l'opération d'Emmet ou la trachélorrhaphie de Sænger.

DISCUSSION

GOTTSCHALK (de Berlin). — J'ai examiné 60 utérus au point de

vue bactériologique : quatre fois j'ai trouvé des staphylococcus ; sur ces quatre, deux avait été atteintes de fièvres puerpérales. Dans *trois cas*, j'ai vu une infection mixte de staphylococcus et de gonococcus. J'ai cultivé ces microbes sur différents milieux de culture. Je n'ai fait aucune expérience sur les animaux.

Menge (Leipzig). — J'ai examiné 72 utérus opérés par le professeur Zweifel soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. Dans 16 cas, la muqueuse utérine n'était pas altérée. 55 fois endométrite chronique, dont 26 avec une infiltration de petites cellules rondes, sur 27 cols utérins : 9 étaient normaux, 8 avec des lésions et une infiltration de petites cellules ; sur 72 cas, j'ai trouvé 6 fois des microbes dans l'utérus.

Kronig (Leipzig). — Sur 1.025 accouchements j'ai examiné les lochies de 296 femmes qui présentaient de la fièvre ; sur ces 296, 133 femmes avaient des bactéries dans leurs lochies ; chez 33 d'entre elles, j'ai trouvé des cultures pures de gonococcus ; chez 30 autres j'ai pu cultiver des microbes anaérobies. 43 femmes n'avaient aucun microbe dans leurs lochies.

J. Veit (Berlin). — Les symptômes cliniques correspondent avec les lésions anatomiques ; l'hypertrophie glandulaire correspond à l'abondance de la menstruation. Dans les affections des ovaires, il se produit aussi des hémorrhagies par la matrice.

V. Swiecicki (Posen) insiste sur le grand rôle que jouent les affections des ovaires sur l'endométrite. Pour lui, l'endométrite fongueuse est due à une affection des ovaires. Il se base sur les expériences de Krukenberg, qui a constaté une atrophie des cornes de l'utérus chez les animaux à qui il avait enlevé les ovaires.

Olshausen (Berlin). — Je crois que l'endométrite exfoliative ou membraneuse a pour origine une maladie des ovaires, contrairement à ce qu'avance *Veit*. Je dis que dans l'endométrite fongueuse il n'y a que des hémorrhagies et qu'il n'y a pas d'autres sécrétions.

Lantos (Budapest). — Pour assurer la diffusion du liquide injecté par la seringue de *Braun*, j'ai fait construire une canule en métal, sur laquelle on peut mettre de la ouate qui s'imprègne du liquide antiseptique. J'ai obtenu de bons résultats par le massage dans les cas de subinvolution utérine après l'accouchement.

Baumgærtner (Baden-Baden). — J'emploie dans l'endométrite catarrhale les injections vaginales à la température de 25 à 27

degrés avec une légère pression. Ces injections durant de 15 à 20 minutes.

Sænger (Leipzig). — Je recommande la cautérisation au chlorure de zinc avec la solution de 10% pour la cavité intra-utérine. Quant aux cautérisations, on peut les faire dans le cabinet de consultations, à condition de ne pas employer de solutions trop fortes. Je ne fais jamais de curettage du col, sauf quand je fais le curettage du fond de l'utérus. Dans les déchirures du col au 2e degré, je fais une application énergique de thermo-cautère.

Theilhaber (Munich). — Je recommande les bains de siège dans l'endométrite. J'ai trouvé que les bains de siège à la suite des maladies des ovaires étaient excellents.

Olshausen (Berlin). — Je suis de l'avis de Fehling que l'on fait *un abus du curettage*, et que l'on devrait ne faire le curettage que dans l'endométrite fongueuse ou membraneuse (exfoliative).

Skutsch (Iéna). — Je recommande la plus grande prudence dans le curettage, et pour éviter des accidents tels que la perforation de la matrice, il serait bon de se servir d'une curette graduée.

Winter (Berlin). — Je crois que les injections intra-utérines avec la seringue de Braun ne sont pas dangereuses, si elles sont faites avec précaution.

Bétrix (Genève). — Je fais le traitement de l'endométrium dans les mêmes conditions que Fehling, c'est-à-dire, que je sèche d'abord la muqueuse avec un bâton entouré de ouate ou de gaze, ensuite je fais des applications d'ichtyol à l'aide d'une plume stérilisée. Ce mode de traitement m'a donné de bons résultats.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

SALPINGITE BLENNORRHAGIQUE.

M. Raymond présente une salpingite blennorrhagique, qui offre les caractères macroscopiques qu'il a déjà signalés dans sa thèse sur les salpingites de cette nature : non purulence de l'ovaire, purulence des trompes. Dans le cas actuel la trompe gauche a son pavillon complètement fermé, la trompe droite communique au niveau du pavillon incomplètement fermé avec une poche péritonéale contenant du pus. Le pus de cette poche, le pus de la trompe droite, celui de la trompe gauche contiennent du gonoco-

que ; l'aspect microscopique du pus est semblable à celui que M. Raymond a trouvé dans toutes les salpingites blennorhagiques à la période aiguë ou subaiguë ; leucocytes nombreux sans cellules épithéliales ; c'est le même aspect que celui du pus uréthral blennorrhagique, bien différent de celui du pus des salpingo-ovarites à streptocoques où il y a de rares leucocytes et de nombreuses cellules épithéliales desquamées. Dans ces salpingites à streptocoques il y a souvent des abcès de l'ovaire et des lésions péritonéales diffuses. (*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX

Séance du 9 *juillet* 1895.

ENTÉROCÈLE VAGINALE.

M. Boursier. Il s'agit d'une femme de cinquante ans, encore réglée, mère d'un seul enfant, généralement bien portante ; mais obèse, constipée, présentant quelque troubles digestifs et tous les phénomènes fonctionnels de la ptose intestinale totale. Depuis très longtemps, elle offre une chute très marquée de la paroi vaginale postérieure, rectocèle dans laquelle on arrive à reconnaître la présence d'anses intestinales. En 1890, M. Lefour opéra cette femme et, pensant que la chute des parois vaginales était due à un défaut de statique utérine, il rétrécit la paroi vaginale postérieure au moyen de la colporrhaphie antérieure et de la colpo-périnéorrhaphie postérieure, après avoir amputé le col par la méthode de Schrœder pour diminuer le poids de l'utérus. Les résultats ont été peu marqués, l'entérocèle n'a pas varié, les troubles digestifs, la constipation sont les mêmes. Quoique le périnée soit solidement fait, la tumeur constituée par l'entérocèle se montre et fait saillie au-dessus, dès que le malade se tient debout ou accroupie. Dans la position couchée, la tumeur rentre spontanément. La réduction est facile, mais ne se maintient pas, puisqu'il n'y a pas là d'anneau herniaire. Cette tumeur est peu tendue, recouverte par la muqueuse vaginale. Elle donne à la palpation la sensation de l'intestin grêle ; on n'y reconnaît pas d'épiploon.

Cette sorte de hernie a été signalée tout d'abord par Garengeot et par Hoin en 1768. Plus tard, Astley Cooper a nettement indi-

qué son origine au cul-de-sac de Douglas et a déterminé ses symptômes.

Quand la tumeur est encore contenue dans le vagin, on sent par le toucher une saillie molle, réductible, insérée sur la face postérieure ou sur l'une des faces latérales de ce conduit. Cette tumeur devient plus dépressible dans le décubitus dorsal ; elle est plus tendue au contraire si on fait lever la malade. Quand on l'a réduite, une compression faite avec le doigt au-dessus de son point d'attache au vagin l'empêche de se reproduire ; elle réapparaît, au contraire, dès qu'on enlève le doigt qui la maintient réduite ; dans la toux, dans les efforts, elle augmente encore de volume et de tension. Lorsqu'elle est plus volumineuse, elle se pédiculise et sort du vagin ; elle pend alors hors de la vulve ; Gaillard Thomas a vu et représenté un cas de ce genre, dans lequel la hernie vaginale atteignait le tiers supérieur de la cuisse.

Ces hernies ont pour enveloppes la paroi vaginale, comprenant ses diverses couches et le feuillet péritonéal qui constitue le sac herniaire ; on y trouve peu d'épiploon. Elles peuvent déprimer la paroi vaginale postérieure ou la paroi rectale, ou l'une et l'autre à la fois, constituant ainsi une élytrocèle ou une hédrocèle. Cette dernière forme est moins commune et n'existe guère, à moins de prolapsus du rectum, que comme complication de la hernie vaginale. Zuckerkandl a très bien défini cette disposition.

Le diagnostic est ordinairement facile. Il suffira le plus souvent d'y penser pour éviter de la méconnaître. La rectocèle vaginale pourrait être confondue avec une entérocèle, mais elle sera reconnue par le toucher rectal, qui permet au doigt de ressortir dans la tumeur vaginale. Et cependant il y a des exemples d'erreurs. Emmet a confondu une hernie vaginale avec un abcès réductible du vagin. Dans un cas de Michelson et Lukin, elle fut prise pour un polype utérin et excisée ; on enleva de la sorte vingt-quatre centimètres d'épiploon et dix centimètres de côlon transverse. La malade mourut de péritonite. Dans un cas de Pétroniti, cette hernie s'étrangla, s'enflamma et fut prise pour un abcès ; l'incision de la tumeur donna issue à une masse d'épiploon grangrené.

Ces hernies peuvent entraîner la dystocie. Smellie a dû en réduire une pour permettre à la tête de s'engager dans le vagin. Gattaï se trouva en présence des mêmes difficultés.

Garengeot a réussi à contenir ces hernies avec une sorte de pessaire dit *en bondon*. Nous avons fait construire pour cette malade par M. Gendron un pessaire à air, un peu dans le genre du ballon de Champetier de Ribes et qui peut surtout se gonfler sur une de ses faces, que l'on fera correspondre avec la face postérieure du vagin et le cul-de-sac de Douglas. On ne peut songer à cloisonner le vagin, puisque cette femme est encore réglée. La cure radicale est très hasardeuse; la dilatation du cul-de-sac de Douglas s'offre toujours à la reproduction de la hernie. Dans un cas de hernie vaginale volumineuse, Gaillard Thomas en réduisit le contenu ; la retourna comme un doigt de gant dans la cavité abdominale, puis ouvrit le ventre et alla chercher le sac invaginé dans l'abdomen et le fixa aux lèvres de l'incision. Nous ne voudrions pas, chez notre malade, tenter une telle opération. Nous n'aurons donc pas recours à la cure radicale et nous nous contenterons des résultats satisfaisants momentanés que donne le pessaire que nous avons imaginé pour elle.

DYSTOCIE PAR RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL.

M. Chambrelent. Je fus appelé par un confrère auprès d'une primipare de trente-quatre ans, chez laquelle il avait fait sans résultat deux applications de forceps. Cette femme était bien constituée ; le bassin n'était pas rétréci ; le fœtus paraissait très gros ; la tête était au détroit supérieur : la dilatation était complète. Je tentai à mon tour une application du forceps de Tarnier ; mais en introduisant la main, je constatai que, si la tête n'était pas enclavée, on trouvait au-dessus d'elle un anneau musculaire qui paraissait enserrer le thorax du fœtus. Cette application fut sans succès, malgré mes tractions vigoureuses. Comme la parturiente était très fatiguée et que rien dans son état général ou dans l'état de l'enfant ne prescrivait de se hâter, nous la laissâmes se reposer quelques heures. A huit heures du matin, la situation était à peu près la même ; nouvelle application de forceps avec le même insuccès ; je fis alors une basiotripsie qui s'opéra sans difficulté, mais n'amena aucune descente malgré mes tractions. Alors j'essayai de faire la version. Je parvins difficilement à passer la main entre la paroi utérine et l'épaule. J'atteignis un pied, je l'abaissai un peu dans le vagin, mais je ne pus faire aucune

évolution. Très fatigué par mes efforts continus, j'appelai à mon aide notre collègue le Dr Audebert et, à nous deux, nous tentâmes une application du céphalotribe qui glissa sans abaisser la tête. Alors M. Audebert introduisit la main dans l'utérus et saisit le pied, qui était remonté et l'amena assez bas pour qu'on pût y mettre un lacs. Une traction sur les deux pieds amena alors l'évolution. Le tronc du fœtus sortit, mais on eut les plus grandes difficultés pour défléchir les bras et extraire la tête malgré le broiement.

Pendant toutes ces manœuvres, la parturiente avait été tenue sous une anésthésie chloroformique complète.

Il s'agissait évidemment ici d'une dystocie par contraction exagérée de l'anneau de Bandl.

M. Moussous père. L'anneau de Bandl est dans toutes les présentations une cause de difficulté, surtout lorsqu'il s'agit de faire une version ou d'extraire un siège.

M. Oui. L'état de la femme nécessitait-il une intervention aussi rapide sur un enfant vivant ? On eût pu attendre d'abord, puis recourir aux moyens habituels de vaincre les contractures tels que la chloroformisation.

M. Chambrelent. Au moment où j'ai fait la basiotripsie, l'état de la femme, sans être grave, était déjà moins bon ; d'autre part, l'enfant avait subi trois applications de forceps ; il perdait du méconium, et s'il n'était pas mort, on pouvait le considérer comme perdu.

M. Oui. Pour amener au dehors le thorax, on aurait pu après la basiotripsie abaisser les deux bras, y tirer dessus et en même temps faire la décollation en coin. Cela eût peut-être donné un résultat meilleur que de tenter la version dans un anneau rétracté.

M. Audebert. Avant de recourir à la version, nous avions pensé à tenter la décollation, mais la tête était trop haute pour que cette intervention fût possible ; quant à l'abaissement des bras, cette manœuvre essayée n'a pas donné de résultat.

DE L'ÉLECTROTHÉRAPIE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC EN GYNÉCOLOGIE

Par le Docteur G. Apostoli.

Le Dr Apostoli, en possession d'une expérience plus longue et plus décisive, vient compléter et légitimer les différents Mémoires

qu'il a déjà publiés sur ce sujet, et voici ses nouvelles et sommaires conclusions générales :

1° *Le courant faradique de tension* (engendré par une bobine à fil long et fin) appliqué dans l'utérus, suivant la technique opératoire que le Dr Apostoli a fixée dès 1883, fait disparaître, pour un temps plus ou moins variable, toute douleur ovarienne d'origine nerveuse ou hystérique, mais reste impuissant, ou atténue simplement toute douleur ovarienne provoquée par une lésion péri-utérine, ou des annexes, de nature inflammatoire.

2° Ce même courant faradique pourra ainsi servir de *critérium* soit pour nous instruire sur la véritable nature des douleurs dites ovariennes, et fixer très rapidement le diagnostic différentiel entre l'ovarialgie hystérique et la douleur ovarienne liée à une lésion phlegmasique, — soit encore pour dissocier ces deux douleurs, qui peuvent coexister quelquefois chez certaines malades, en faisant disparaître l'une et en laissant subsister l'autre.

3° Si donc, dans tel cas, le *succès curatif* du courant faradique éclaire ou rectifie un diagnostic indécis, il doit en même temps nous mettre en garde contre toute opération inutile.

Dans tel autre cas, au contraire, l'*impuissance* de ce même courant faradique, tenant à une lésion inflammatoire, impose soit une tentative de traitement galvanique supplémentaire, soit une intervention chirurgicale plus ou moins immédiate.

4° Le *courant galvanique constant* appliqué dans l'utérus, à la dose progressivement croissante de 50 à 120 milliampères, suivant la technique opératoire que le Dr Apostoli a fixée dès 1884, et en respectant la susceptibilité et la tolérance individuelle, sera presque toujours bien supporté, sans réaction trop douloureuse pendant la séance, et sans réaction fébrile après la séance, toutes les fois que la périphérie utérine ne sera pas enflammée.

Les tumeurs kystiques simples, péri-utérines, non enflammées ni suppurées (telles que les kystes de l'ovaire ou l'hydro-salpinx) peuvent coexister avec cette même tolérance galvanique que confère l'intégrité physiologique des annexes.

De même aussi toute inflammation péri-utérine ancienne et *éteinte*, comme celle des vieux exsudats, peut être compatible avec une tolérance galvanique presque normale.

5° La règle précédente comporte les trois exceptions générales suivantes, dans lesquelles l'on peut constater une intolérance

plus ou moins vive au passage d'un courant galvanique même modéré, sans toutefois d'élévation thermique marquée après la séance.

Ce sont :

A.— Certaines formes d'hystérie ;

B.— Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus ;

C.— L'entérite glaireuse.

Il sera généralement facile d'établir le diagnostic différentiel de chacune de ces sources possible d'intolérance.

6° Toute inflammation péri-utérine actuelle et aiguë (du tissu cellulaire pelvien, du péritoine et surtout des annexes) rendra plus ou moins difficilement supportable cette même dose de courant galvanique, dès qu'elle dépassera 40 à 50 milliampères, et provoquera, dès qu'on voudra augmenter cette dose, une *intolérance* opératoire et surtout une réaction post-opératoire douloureuse et *fébrile* plus ou moins vive.

7° L'intolérance pour le courant galvanique sera généralement proportionnelle à l'étendue et à la gravité des lésions inflammatoires péri-utérines, et surtout annexielles, et grandira avec l'intensité électrique employée, surtout dès qu'elle dépassera 40 à 50 milliampères.

8° Toute inflammation des annexes *curable* (tout au moins *symptomatiquement*) sans opération radicale, verra l'intolérance galvanique, que l'on pourra constater dès le début du traitement, s'amoindrir ou même disparaître avec le temps, en même temps que l'on pourra signaler l'amélioration parallèle des symptômes dominants tels que la douleur et l'hémorrhagie.

9° Toute lésion inflammatoire grave des annexes, et notamment toute phlegmasie suppurée, *incurable* (même *symptomatiquement*) par les moyens conservateurs, conserve du début à la fin du traitement galvanique la même intolérance initiale qui s'aggrave souvent au contraire, au lieu de s'amoindrir, si l'on continue la même thérapeutique.

10° Ainsi, la simple étude de la *tolérance* ou de *l'intolérance* galvanique intra-utérine, et en particulier des réactions post-opératoires douloureuses et surtout fébriles qui, le soir même ou le lendemain, peuvent suivre cette intervention, pourra très rapidement (généralement dans 4 ou 5 séances, espacées deux fois par semaine) éclairer ou rectifier le diagnostic, nous renseigner

sur l'état d'intégrité des annexes, sur leur inflammation possible, sur ses degrés, et diminuer ainsi le nombre et la nécessité des laparotomies, dites exploratrices.

11° Cette même étude des réactions, dites galvaniques, pourra de plus nous renseigner assez rapidement (dans 5 à 10 séances) sur le degré de *curabilité* ou non des mêmes lésions inflammatoires que ce courant électrique aura dévoilées, et nous imposera comme conséquence, dans tel cas, l'abstention opératoire, tandis qu'il proclamera, dans d'autres, l'urgence d'une opération jusqu'alors retardée ou refusée.

12° En résumé, l'électrothérapie gynécologique sagement, méthodiquement et patiemment appliquée, loin de se montrer hostile aux progrès merveilleux de la chirurgie, vient lui servir d'auxiliaire actif.

Indépendamment, en effet, des grands services thérapeutiques qu'elle rend tous les jours, l'électricité pourra, de plus, nous servir de *pierre de touche*, éclairer préalablement le diagnostic et servir plus directement encore les intérêts de la chirurgie, soit pour éviter, dans tel cas, telle opération inutile ou dangereuse, soit pour démontrer, dans tel autre, son urgence et sa nécessité.

Ainsi, beaucoup de laparotomies, dites exploratrices, et beaucoup de mutilations pratiquées d'emblée soit contre des douleurs, dites ovariennes, rebelles, soit contre une lésion des annexes de nature douteuse, devront être à l'avenir différées, ou souvent même formellement proscrites, avant d'avoir épuisé toutes les ressources (d'une innocuité absolue, si elles sont pratiquées avec toute l'asepsie nécessaire), soit d'un côté de la *sédation faradique*, soit de l'autre de la *réaction galvanique intra-utérine*.

N. D. L. R. Notre confrère a fait également à l'*Association médicale britannique* une intéressante communication sur l'*Action thérapeutique générale des courants alternatifs à haute fréquence et à haute tension*, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, en raison de la spécialisation de notre Revue.

REVUE DE LA PRESSE

LE DÉCIDUOME MALIN

Lorsque l'arrière-faix a été retenu dans l'utérus pendant longtemps, on peut voir se produire des accidents de deux sortes : les uns, de peu de gravité, évoluent vers la guérison et ont été décrits sous le nom de déciduome bénin. Les autres prennent, au contraire, un aspect d'une gravité extrême et constituent le déciduome malin. Ce déciduome est une variété distincte de tumeur maligne, ayant des éléments histologiques et une évolution clinique absolument caractéristiques : il est en rapport bien net avec la grossesse et souvent avec la môle hydatiforme.

M. le Dr Beach vient d'en faire une étude très complète, en réunissant les 15 observations qui ont été publiées sur ce sujet et en y joignant celle qu'il a recueillie dans le service de M. Hartmann.

Dans la plupart des cas, on a signalé, au point de vue étiologique, l'influence d'un avortement avec rétention des membranes.

La plupart des auteurs admettent que le néoplasme se développe aux dépens des débris de la caduque. Plusieurs ont constaté que le point d'implantation de la tumeur correspond à l'insertion du placenta, mais bon nombre des autres restent muets sur ce point.

Cependant, on ne sait pas aujourd'hui pourquoi, dans certains cas, la rétention de la caduque donne lieu simplement à des hémorrhagies ou, tout au plus, à un déciduome bénin, et, dans d'autres cas, à une tumeur maligne à marche excessivement rapide.

Dans un certain nombre de faits, on a vu aussi des môles hydatiformes marquer le début de la maladie, et dans d'autres il y a une histoire de môle dans les antécédents récents ; de telle sorte qu'étant donnée la rareté de cette môle, on peut considérer qu'il y a une relation étroite entre elle et le déciduome malin.

Au point de vue anatomique, le tissu décidual se rapproche sensiblement du carcinome ou de l'épithéliome avec lesquels on pourrait le confondre ; mais, ce qui fait sa caractéristique, c'est son infiltration dans la paroi utérine et même sa généralisation à des organes éloignés, foie, reins, rate, intestin et même cerveau.

Quant aux signes cliniques, M. Beach les décrit ainsi :

Le début est insidieux. Le premier signe qui attire l'attention de la

malade et l'oblige à consulter le médecin est une métrorrhagie survenant peu de temps après un avortement ou accouchement à terme, quelquefois après l'expulsion d'une môle hydatiforme. Dans un cas rapporté par Pfeiffer, l'hémorrhagie a commencé à la fin d'une période menstruelle.

Ces pertes sont d'abord faibles, mais elles deviennent en peu de temps d'une abondance inquiétante. Un curettage de l'utérus reste sans résultat, ou bien ne les arrête que pendant quelques jours.

Les métrorrhagies sont le plus souvent d'une intensité intermittente ; pendant trois ou quatre jours, ou même plus longtemps, elles peuvent disparaître complètement, ou bien il ne reste qu'un écoulement insignifiant à peine teinté en rose ; puis, subitement, arrive une hémorrhagie abondante. Ces poussées hémorrhagiques successives coïncident probablement avec le progrès de l'ulcération néoplasique du côté des parois vasculaires. Mais ce caractère n'est pas toujours aussi nettement marqué, et l'hémorrhagie elle-même peut faire défaut, ainsi que cela a été vu dans un cas appartenant à Saenger.

Ces métrorrhagies résistent à tout traitement et mènent rapidement la malade à un état d'amaigrissement notable. Il y a de l'affaiblissement, de l'anorexie, souvent des nausées et des vomissements. La malade devient cachectique. Les syncopes ne sont pas rares. Une des malades de Chiari et celle de Hartmann sont mortes d'hémorrhagies.

A un moment donné, des pertes fétides s'ajoutent aux hémorragies, ou bien les remplacent. Elles sont semblables à celle des autres tumeurs utérines et sont habituellement accompagnées d'une élévation considérable de température.

Il est fréquent de rencontrer une toux et même une expectoration purulente. Ces signes, coïncidant avec l'amaigrissement et la fièvre, ont fait penser plusieurs fois à la tuberculose pulmonaire. Cependant, il n'y a pas de signes physiques du côté des poumons.

L'existence de la douleur est variable. Localisée généralement dans le bas-ventre, elle est très intense chez certaines malades et manque presque complètement chez d'autres.

Au toucher vaginal, le col est souvent mou, entr'ouvert et l'orifice perméable; mais, d'autre part, il n'est pas rare de trouver le col normal.

Quant aux annexes, il n'y a ordinairement rien à noter.

L'utérus est constamment augmenté de volume, pouvant atteindre quelquefois les dimensions d'un utérus gravide de trois, quatre ou même cinq mois.

Apres la dilatation du col, on trouve la cavité utérine plus ou moins remplie de masses molles, pulpeuses, ressemblant à du tissu placentaire, et de caillots sanguins.

Si après un curettage on pratique l'exploration digitale, on constate, habituellement, près du fond et sur l'insertion des masses enlevées, un endroit où la paroi est ramollie et où le doigt s'enfonce facilement dans le muscle utérin. Dans quelques cas, il existe une perte de substance à ce niveau.

Il est évident, ainsi que l'a fait remarquer Paviot, qu'avec une symptomatologie semblable, le diagnostic avec le cancer est fort difficile et que de nombreux déciduomes malins ont été décrits parmi les cancers des jeunes femmes.

Le pronostic de cette tumeur est particulièrement grave. La marche est extrêmement rapide et, si le chirurgien n'intervient pas, la généralisation est certaine.

La malade peut même mourir des hémorragies avant l'évolution complète du néoplasme.

Dans tous les cas où l'opération radicale n'a pas été faite, la mort est survenue.

Si l'extirpation des organes atteints n'est pas pratiquée assez tôt, la généralisation se fait quand même. Sur les cinq malades qui ont subi l'hystérectomie pour cette affection, trois sont mortes peu de temps après avec métastases multiples.

Quant aux deux autres, il ne s'est pas encore passé assez de temps pour que l'on puisse se prononcer d'une façon définitive.

La seule opération qui peut donner de l'espoir de sauver la malade est l'hystérectomie totale avec extirpation des annexes.

Cette opération peut présenter une certaine difficulté : le tissu pulpeux du néoplasme infiltrant l'utérus et étant très friable, il est parfois très malaisé d'avoir des prises solides au moyen des pinces.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

DE L'EMPLOI DE LA FARINE DANS L'ALIMENTATION DES JEUNES NOURRISSONS.

M. Heubner a étudié devant la *Société médicale de Berlin* l'usage de la farine dans l'alimentation des nourrissons.

On admet généralement comme un axiome que les jeunes nourrissons ne sont guère ou pas du tout en état d'utiliser les hydrates de

carbone sous la forme d'amidon. Mais c'est un point sur lequel on a peu fait de recherches précises.

Les quelques expériences faites à ce sujet n'ont pas toujours été conduites de la même façon. C'est ainsi que, par exemple, on a placé dans la bouche des enfants un petit sachet de gaze contenant de la farine; on l'y a laissé un certain temps, puis on a examiné quelle était la quantité d'amidon saccharifiée. Ritter, sur 21 examens de ce genre, n'a trouvé que deux fois un résultat positif au bout de deux minutes. Fischer a laissé la salive agir pendant cinq minutes et a constaté chaque fois l'effet diastatique de ce liquide.

D'après une seconde méthode, on a retiré de la salive de la bouche des nouveau-nés à l'aide de petites éponges et on a étudié son action *in vitro* : vingt-huit expériences faites avec de la salive d'enfants âgés de zéro à neuf jours ont donné vingt-sept fois un résultat positif.

Une troisième méthode consiste à enlever les glandes salivaires aussitôt après la mort, à en faire un extrait, puis, à l'aide de cet extrait, à tenter des digestions artificielles. Par ce procédé, M. Chorobin a trouvé que, jusqu'à l'âge de vingt et un jours, le pancréas ne transforme pas l'amidon en sucre ; jusque vers la fin du quatrième mois, l'action saccharifiante est peu marquée et elle l'est fortement à partir du sixième mois.

Une quatrième méthode enfin, plus sûre, consiste à examiner les matières fécales. D'après M. Sonzino, qui l'a utilisée, dans quelques cas les enfants peuvent dès les premiers jours de la vie transformer l'amidon en sucre.

Ainsi on voit que les physiologistes modifient leur ancienne théorie de l'impuissance des jeunes enfants à digérer les farines, tandis que les médecins d'enfants, se basant sur leur expérience journalière, gardent leur manière de voir.

M. Heubner a repris ces recherches en collaboration avec M. Carstens, et il a constaté que si l'on a soin d'administrer aux nourrissons des farines choisies (avoine, riz) et à un degré de concentration assez faible, la presque totalité des matières amylacées se trouve transformée en sucre et digérée. Il a fait prendre aux enfants, pendant un ou deux jours, toutes les deux heures, une petite quantité de bouillie ; les matières fécales ont été soigneusement recueillies, séchées et examinées chimiquement. Ainsi un nourrisson de sept semaines a pris, en vingt-cinq heures, dix repas contenant chacun 30 grammes de farine de riz ; la première garde-robe eut lieu quarante-deux minutes après le pre-

mier de ces repas ; on put constater la digestion complète de la farine, mais l'enfant diminua de poids. Trois autres expériences donnèrent des résultats semblables. M. Carstens doit faire connaître les résultats de neuf autres observations.

Ces recherches ont cependant montré qu'à partir de sept semaines, et même avant, un nourrisson peut digérer des amylacées aussi bien que de l'albumine et de la graisse.

Néanmoins M. Heubner n'en conclut pas qu'il faut nourrir les jeunes nourrissons avec de la farine. Tout d'abord, il est fort possible qu'un telle alimentation, prolongée un certain temps, donne de tout autres résultats que ceux observés dans une courte expérience. De plus, il faut bien considérer avant tout qu'une alimentation amylacée n'est toujours qu'une alimentation insuffisante, car on ne pourrait pas administrer aux enfants les quantités nécessaires à leur existence sans troubler leur digestion.

Les farines préparées ne sont pas bien supérieures à la farine de riz. Les farines de Nestlé et de Kufecke ne contiennent pas assez d'albumine et de graisse et reviennent à un prix trop élevé. De plus, presque toutes les farines destinées aux petits enfants contiennent du sucre de canne, qui ne convient pas aux enfants, parce qu'il fermente trop aisément.

Mais il n'en est plus de même quand il existe des troubles digestifs. L'alimentation farineuse joue alors, comme chez les adultes, le rôle de calmant de l'intestin. Cela tient peut-être à ce que la farine constitue un milieu de culture défavorable pour les bactéries.

C'est pourquoi M. Heubner propose de soumettre les petits enfants, et même les nouveau-nés, à l'alimentation farineuse d'une manière provisoire jusqu'à cessation des phénomènes dyspeptiques. Mais comme les grains d'amidon des diverses farines sont de volume différent, il n'est pas sans importance d'utiliser telle ou telle farine. Ainsi la farine de Kufecke est faite à l'aide de blé et est peu appropriée aux tout jeunes enfants.

La manière de préparer la bouillie n'est pas indifférente. Il faut délayer la farine dans l'eau froide, puis l'additionner d'eau chaude et laisser ensuite cuire le tout pendant une demi-heure. De cette façon on peut préparer d'un seul coup la ration quotidienne de l'enfant, sans avoir à craindre que la bouillie ne se décompose au repos. Il faut 5 à 6 grammes de farine pour 100 grammes d'eau, c'est-à-dire 25 à 30 grammes pour la journée. Mais cette alimentation ne doit pas se pro-

longer au delà de huit jours ; si au bout de ce temps la dyspepsie persiste toujours, il faut avoir recours à une autre thérapeutique.

Il n'est pas mauvais de préparer la bouillie avec du lait étendu au lieu d'eau. Mais c'est une chose à essayer dans chaque cas.

(*Bull. Méd.*)

THÉORIE DE QUINCKE SUR L'ORIGINE DE L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS.

M. Schreiber, de Goettingue, dans un article publié dans la *Berliner klin. Woch.*, se déclare partisan convaincu de la théorie de Quincke sur l'étiologie de l'ictère des nouveau-nés.

Quincke a repris la vieille théorie de Peter Frank, qui attribuait la production de l'ictère à la résorption de la bile du méconium par l'intestin, et y a ajouté quelques nouveaux points. Pour cet auteur, la persistance de la perméabilité du canal veineux d'Aranzius joue le rôle principal. Les pigments biliaires résorbés dans l'intestin sont entraînés directement dans le torrent circulatoire, sans passer par le foie. A ce fait s'ajoutent encore la fermentation exagérée de pigments biliaires par la mort de nombreuses hématies, la rétention de la sécrétion urinaire chez les nouveau-nés, la richesse du méconium en pigments biliaires et l'absence de putréfaction intestinale déterminant la réduction de bilirubine en urobiline.

Quincke a trouvé dans 6 cas la persistance de la perméabilité du canal veineux d'Aranzius. Elsaesser, sur 200 autopsies d'enfants ayant succombé au cours des 8 premiers jours qui suivirent la naissance, ne trouve ce canal formé que 23 fois, et sur 78 mort-nés ou morts immédiatement après la naissance, la perméabilité du canal veineux n'a fait défaut que trois fois. Elsaesser conclut que dans la majorité des cas le canal veineux reste encore perméable un certain temps après la naissance.

Outre cette communication directe entre la veine porte et la veine cave, sans passage par le foie, il en existe encore un autre, entre les veines hémorrhoïdales. Cette voie a une importance moindre pour la production de l'ictère, car la résorption du méconium dans le rectum est moins prononcée.

M. Schreiber a fait aux animaux des injections rectales de bile de bœuf pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines et n'a jamais pu provoquer l'ictère, quoiqu'on retrouvât toujours les pigments biliaires dans les urines des animaux en expériences. Ces faits prouvent que

les veines hémorrhoïdales peuvent être les vecteurs des pigments biliaires. Quant à l'absence de l'ictère, on pouvait l'expliquer par l'absence du facteur principal : la perméabilité du canal veineux.

M. Schreiber a ensuite cherché les pigments biliaires sur les lieux mêmes de leur résorption, chez deux nouveau-nés embryotomisés qui présentaient des signes d'asphyxie et évacuaient du méconium, signes rendant plus que probable la production de l'ictère si les enfants avaient survécu. A cet effet, il a fait durcir dans l'alcool le gros intestin. Les parois des veines avaient une coloration jaune. Sur des coupes colorées par l'éosine cette coloration jaunâtre des veines était remplacée par une *coloration verte intense*.

Quant à la polycholie provoquée par la destruction exagérée des globules rouges, il faut admettre avec Stadelmann qu'il s'agit plutôt dans ces cas de pléiochromie ou de polychromies, car ce sont surtout les pigments biliaires qui sont augmentés en quantité, et non les acides biliaires. Ces derniers ne se retrouvent qu'en quantité minime dans les urines des enfants ictériques, de même que dans le méconium. Or on ne doit parler de polycholie que quand il y a augmentation de toutes les parties constituantes de la bile.

Que la destruction des hématies soit primaire ou secondaire, le fait est certain qu'elle amène une fermentation exagérée des pigments biliaires, ainsi que le prouvent les expériences de Stadelmann et l'accumulation de bile épaisse, riche en pigments, dans la vésicule biliaire des enfants.

La rétention de la sécrétion urinaire, qui est en général minime chez les nouveau-nés, contribue à l'accumulation des pigments biliaires dans l'organisme.

Quincke est d'accord avec Stadelmann pour admettre que l'action dissolvante sur la bilirubine des sucs organiques nouveau-nés est très faible en général. Le méconium contient principalement la bilirubine et la biliverdine en quantité beaucoup moindre. C'est la différence essentielle entre le contenu intestinal des nouveau-nés des enfants plus avancés en âge et des adultes : le méconium ne contient presque exclusivement que la bilirubine et non pas ses produits de réduction, tandis que les matières fécales proprement dites ne contiennent que l'hydrobilirubine. Or cette dernière substance ne peut, d'après Quincke, et Stadelman provoquer l'ictère.

Ce qui confirme encore la théorie de Quincke est le fait que les enfants nés avant terme sont plus souvent atteints d'ictère, fait qu'on

peut expliquer par la largeur plus grande du canal veineux d'Aranzius. Enfin, le foie des enfants atteints d'ictère ne présente souvent pas de la couleur ictérique.

(*Médecine moderne*.)

INFECTION INTRA-UTÉRINE PAR LE BACILLE TYPHIQUE.

MM. Freund et Lévy, de Strasbourg, publient dans la *Berliner klin. Woch.*, l'observation suivante :

Une femme de 24 ans, deux accouchements antérieurs, entra à l'hôpital au cinquième mois de sa troisième grossesse avec les symptômes d'une fièvre typhoïde. L'évolution de la maladie, la courbe thermique (influencée par l'administration de l'antipyrine), le météorisme abdominal, l'augmentation du volume de la rate, le dicrotisme du pouls, la roséole caractéristique et les selles diarrhéiques typhiques ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection. Aucun symptôme menaçant, rien d'anormal dans les urines. Le toucher vaginal ne fut pas fait.

Au quatrième septénaire de la fièvre typhoïde, quand la températurature ne dépassait plus que rarement 38°5, se montrèrent brusquement des contractions utérines et la malade accoucha d'un fœtus vivant, de 5 mois, qui fut recueilli, ainsi que le placenta dans un cristallisoir en verre avec toutes les règles de l'asepsie. Le fœtus succomba bientôt. La fièvre typhoïde continua son évolution régulière, il n'y avait pas de métrorrhagies. L'utérus a involué normalement.

Vingt minutes après la naissance du fœtus on a fait l'autopsie et l'on a ensemencé des fragments de la rate, le sang du cœur et du placenta. Les plaques ont montré 8 jours après quelques colonies qu'on pouvait considérer comme des bacilles d'Eberth. Mais on a eu la précaution de mettre un fragment de la rate dans un tube à bouillon et de le maintenir pendant 12 heures à 37° dans l'étuve. Il se pouvait, en effet, que les germes contenus dans la rate fussent peu nombreux, échappant ainsi à l'examen. Le procédé employé avait pour but la multiplication de ces germes. La supposition fut justifiée, car les cultures sur plaques faites avec ce fragment de la rate étaient très riches. Les colonies étaient formées par des petits bâtonnets très mobiles, qui ne coagulaient pas le lait même dans l'étuve, ne provoquaient pas de fermentation du glucose et de la peptone, ne dégageaient pas de gaz, ne formaient pas d'indol, en un mot les bacilles avaient tous les caractères du bacille d'Eberth et aucun du coli-bacille.

Les cultures de ces bassins injectées aux souris, les animaux succombaient et on constatait dans le sang et les organes internes la présence de mêmes bacilles en très grandes quantités.

Ce cas prouve donc la possibilité de transmission des bacilles typhiques de la mère au fœtus. Les bacilles d'Eberth étaient peu nombreux dans les organes du fœtus et on n'a pu obtenir des cultures abondantes qu'après avoir eu recours à un artifice, au maintien d'un fragment de la rate dans l'étuve pendant 24 heures. Il est possible que le petit nombre des bactéries soit la cause de l'échec des cultures dans des cas analogues.

Le fœtus ne présentait rien d'anormal, sauf un peu d'hypertrophie de la rate qui était de consistance assez molle. Rien d'anormal non plus du côté du placenta et des membranes ovulaires et rien ne pouvait expliquer l'avortement sinon la fièvre préexistante. Il faut observer toutefois que dans ce cas l'avortement a eu lieu quand la température était déjà à son déclin. D'une endométrite typhique, invoquée par quelques auteurs, il ne pouvait y être question ; quoique la malade avait une endométrite avant sa grossesse, il n'y eut aucun symptôme aigu, pas d'infiltration de petites cellules, pas d'extravasation ni d'ulcérations.

Le passage des bacilles typhiques de la mère au fœtus est difficile à expliquer, car ni macroscopiquement ni microscopiquement, on n'a pu constater des lésions du placenta. Quoi qu'il en soit, le passage a eu lieu et a provoqué chez le fœtus une septicémie, comme on l'observe dans la majorité des cas d'infections intra-utérines. Ce fait n'a du reste rien d'étonnant. L'infection s'est faite par voie sanguine et le bacille d'Eberth n'a pu se coloniser dans l'intestin fœtal qui ne fonctionne pas encore comme pendant la vie extra-utérine. On se trouve ici dans les mêmes conditions que dans l'infection intra-utérine avec le diplocoque pneumonique. L'enfant est-il mort-né, on a une septicémie pneumococcique. Si, au contraire, l'enfant est né vivant, si les poumons ont fonctionné, une pneumonie légitime peut se développer.

(*Médecine Moderne.*)

CORSET ET CHLOROSE,

Par O. Rosenbach. (*Deutsche Med. Zeit.*, n° 31.)

Partant de cette constatation que ces dernières années le nombre des jeunes fillles chlorotiques s'est accru dans une énorme proportion, Ro-

senbach est parti à la recherche des facteurs étiologiques de la chlorose. Il est arrivivé à cette conclusion que dans les classes où il n'existe pas de conditions hygiéniques et sociales défavorables, il faut chercher la cause dans la gêne des vêtements, la période de développement que traverse la jeune fille ne pouvant jouer que le rôle de prédisposition. C'est surtout le corset que Rosenbach incrimine, d'autant plus que les caprices de la mode en ont fait une pièce de vêtement très incommode dans beaucoup de cas. La compression exercée sur les organes thoraciques et abdominaux diminue le jeu de la respiration et cette influence se fait à son tour sentir sur les phénomènes de l'hématose. Ces conditions suffisent-elles à rendre compte des phénomènes de la chlorose. Rosenbach le croit et assure qu'on doit établir un rapport rationnel entre le corset et la circonférence de la taille.

KYSTE DE L'OVAIRE CHEZ UNE ALIÉNÉE : OPÉRATION RADICALE, GUÉRISON AVEC AMÉLIORATION NOTABLE DE L'ÉTAT MENTAL,

Par le Dr BOULENGIER.

(*Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant*, 1894, 4me année, 2e trimestre, p. 84.)

La question de l'influence des opérations gynécologiques sur les névroses et les psychoses antécédentes, dont peuvent être affectées les femmes qui sont l'objet de ces opérations, cette question est encore très controversée. D'une façon générale on peut dire que l'opération de Battey, la castration double, pratiquée dans le but d'excercer une influence favorable sur les manifestations de l'hystéro-épilepsie échoue. N'empêche qu'on n'est pas encore fixé sur les rapports respectifs des affections génitales et des psychoses chez les femmes aliénées. Aussi les faits du genre de celui que vient de publier M. Boulengier doivent-ils être accueillis avec faveur, comme susceptibles de jeter quelque lumière sur cette importante question de pathologie générale.

Il s'agit d'une femme internée depuis neuf ans pour une « folie dégénérative hystérique », dont les manifestations dataient surtout de la puberté. On considérait sa folie comme incurable. Or, vers la fin du mois d'août on s'aperçut que le ventre de cette femme prenait un développement exagéré. Bientôt on constata l'existence d'un kyste de l'ovaire, qui, à un moment donné, nécessita une opération radi-

cale d'urgence, car la malade avait été prise d'accidents circulatoires et respiratoires menaçants.

L'opération eut lieu le 17 décembre 1893. Elle aboutit sans grande difficulté à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire droit, multiloculaire pesant près de 16 kilos.

Depuis le jour de l'opération et pendant toute la période des pansements, la malade n'était plus intellectuellement reconnaissable. D'agitée et violente, elle était devenue douce, docile, affectueuse pour les personnes qui la soignaient. Les parents croyaient à une guérison prochaine.

Malheureusement, cette amélioration n'a persisté qu'en partie. La malade est restée impulsive, moins agressive ; les crises de violences sont devenues plus rares, plus courtes, moins fortes, mais c'est tout ; il a fallu renoncer à l'espoir d'une guérison.

INVERSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS.

L'inversion complète de l'utérus après la délivrance est un des accidents les plus rares et les plus graves qu'on puisse rencontrer dans la pratique. Habituellement, on l'observe peu de temps après la sortie du placenta, et on l'attribue principalement à des tractions immodérées sur le cordon. Il n'en a pas été ainsi dans un cas relaté par M. Hutley. Une jeune femme de vingt-trois ans, primipare, après un travail un peu lent, était accouchée d'un enfant à terme, vivant et bien conformé. Le cordon était plus long qu'à l'ordinaire et le placenta sortit spontanément dix minutes après l'enfant. L'accouchée, pendant les quatre premiers jours qui suivirent la délivrance, eut quelques pertes accompagnées de douleurs assez vives ; le cinquième jour, les accidents s'étant aggravés, une masse rouge apparut au dehors de la vulve et la malade fut envoyée à l'hôpital dans un état de collapsus assez marqué. On pratiqua l'éthérisation ; puis l'utérus, sur lequel on voyait nettement la trace de l'insertion du placenta, fut lavé avec une solution phéniquée au quarantième et remis en place ; après quoi on donna une douche intra-utérine et une injection hypodermique d'ergotine. On continua les douches utérines deux fois chaque jour et les douches vaginales toutes les vingt-quatre heures. Quinze jours plus tard, la malade sortait parfaitement guérie.

Après la délivrance, il s'était vraisemblablement produit une inversion partielle, laquelle, agissant à la manière d'un corps étranger,

avait provoqué des contractions violentes de l'utérus au point d'amener finalement le renversement complet et le prolapsus au dehors de la vulve. (*Lancet*, 17 juillet 1895, et *Bull. méd.*)

TRAUMATISME (COUP DE CORNE) CHEZ UNE FEMME ENCEINTE : CONTINUATION DE LA GROSSESSE.

M. le Dr Dutauzin (de Berlin) rapporte, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (n° 7), un nouveau fait montrant à quel point, dans certains cas, la grossesse peut résister aux traumatismes les plus violents. Il s'agit d'une femme enceinte de cinq mois, qui avait été *chargée* par une vache dans une étable.

Les cornes rencontrèrent la femme, qui n'eut pas le temps de se garer. Elle ressentit alors une vive douleur dans le bas-ventre en même temps qu'elle se sentait soulevée de terre. Ainsi accrochée à la corne, qui l'avait transpercée, elle fit le tour de l'étable. La vache cherchait, en secouant la tête, à se débarrasser de son fardeau. Ces mouvements ne faisaient, au contraire, que favoriser la pénétration de la corne plus avant. Elle finit enfin par se dégager. La blessée retomba évanouie sur la litière, où son mari la retrouvait bientôt dans une mare de sang.

M. Dutauzin trouva la malade exsangue, les extrémités refroidies, le pouls filiforme : il la fit réchauffer, fit donner aussitôt un lavement avec 40 gouttes de laudanum, prescrivit une immobilité absolue, mais ne toucha pas à la plaie dans la crainte de voir l'hémorrhagie se reproduire. Ce ne fut que 36 heures après l'accident, aucun phénomène inquiétant ne s'étant produit, qu'il se rendit compte de l'état des lésions. Il constata alors que la corne de la vache avait soulevé les jupes de la blessée, éraflé profondément la face antéro-interne de la cuisse droite et rencontré la grande lèvre du même côté. Elle avait, à ce niveau, pénétré dans les parties molles, perforé la grande lèvre et entré par cette voie dans le vagin. Elle avait suivi le canal vaginal pour arriver dans le cul-de-sac latéral gauche, le perforer et contourner l'utérus. L'examen n'a pu déterminer exactement à quelle hauteur s'est arrêtée l'extrémité de la corne. Mais étant donnée sa dimension, elle a dû s'arrêter en arrière et en haut du cul-de-sac perforé, au niveau du ligament large. Le col et l'utérus étaient intacts.

Il faut ajouter que l'accouchement eut lieu à terme. Il fut normal

et les cicetrices du vagin ne gênèrent en rien la sortie de la tête, qui se présenta la première.

M. Dutauzin insiste avec raison sur l'utilité qu'il y a en pareil cas à retarder l'examen de la plaie ; le bon résultat obtenu paraît dû en outre à l'emploi immédiat du laudanum en lavements, puis des injections et lavages antiseptiques rigoureusement pratiqués à partir du moment où fut pratiqué l'examen.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

VARIÉTÉS

—

UNE ÉCOLE DE MÉDECINE POUR FEMMES A SAINT-PÉTERSBOURG. — La Russie aura enfin ce qu'on attend depuis si longtemps, une Ecole de Médecine pour femmes. Le 4 mai dernier la question a été examinée par le Conseil d'Etat et cette fois tous les membres de cette Assemblée se sont prononcés favorablement. Pendant plusieurs années aucune résolution n'a pu être prise faute d'argent. Mais à l'heure qu'il est une quantité de dons et de legs privés assurent non seulement l'organisation de cet enseignement, mais encore son entretien et son avenir. Une fois la question du principe définitivement réglée le Conseil d'Etat a examiné un certain nombre de détails. Toute femme âgée de moins de 21 ans, désirant suivre les cours de cette Ecole, devra présenter une permission écrite des parents ou d'un tuteur ; la femme mariée devra présenter une permission de son mari. Il sera de rigueur de posséder les langues grecque et latine dans la mesure du programme des gymnastes de garçons. L'Ecole sera fondée à Saint-Pétersbourg. Les études dureront cinq ans et les matières enseignées seront exactement les mêmes que dans les Facultés de Médecine.

Les femmes qui auront le diplôme de fin d'études ne pourront être admises à diriger des hôpitaux généraux, ni à participer aux examens des Conseils de revision. Quelques-unes parmi elles qui se seront fait distinguer par une expérience pratique spéciale pourront être admises comme médecins-experts près des tribunaux ; les Ministres de l'Instruction publique, de l'Intérieur et de la Justice seront chargés de les choisir d'un commun accord.

A la tête de l'Ecole se trouvera un directeur désigné par le Ministre de l'Instruction publique qui le choisira parmi les professeurs des Facultés de Médecine de l'Empire.

Le directeur sera contrôlé par le Conseil des professeurs, par une Commission scolaire nommée par le curateur de la circonscription académique de Saint-Pétersbourg, par une Commission administrative et économique désignée par le Ministre.

En somme, l'Ecole tant désirée s'ouvrira. Reste à désirer qu'elle s'ouvre le plus tôt possible. Bien des femmes attendent en Russie avec impatience l'occasion de se rendre utiles. Mille obstacles sont encore semés sur la route ; par exemple, la nécessité d'étudier le grec et le latin.... Mais les femmes russes sont pleines d'énergie et du moment qu'on leur ouvre un nouvel horizon elles feront l'impossible pour l'atteindre.... C'est ce que je leur souhaite de tout cœur.

(*Progrès méd.*) J. ROUBINOVITCH.

—

LES FEMMES DANS LA SCIENCE. — M. Rebière a fait à ce sujet une conférence bien intéressante. Il a résumé la vie des mathématiciennes célèbres et a raconté des anecdotes fort curieuses sur elles.

Les femmes montrent généralement peu de goût pour les abstractions mathématiques. Autant elles s'intéressent aux questions d'art, de littérature, même de psychologie, autant elles se rebutent généralement aux difficultés de l'algèbre et du calcul infinitésimal.

Aussi le conférencier a-t-il vivement excité la curiosité de l'auditoire en racontant l'existence des Hypatie, Emilie du Châtelet, Sophie Germain.

Hypatie, aussi célèbre en philosophie, a vécu à Alexandrie au commencement de l'ère chrétienne. Elle était à la fois très belle, très intelligente, très instruite et très sage. Elle fut la déesse de ce mouvement si brillant de la fin du paganisme, de cet éclectisme qui essaya à la fois de réconcilier la religion antique, la science et la doctrine du Christ.

La marquise du Châtelet fut contemporaine et amie de Voltaire. Après avoir eu pour professeurs Clairaut et Bernouilli, elle traduisit et éclaircit Newton, ce qui prouvait, a dit le philosophe de Ferney, qu'elle était un grand homme.

Sophie Germain a vécu pendant la Révolution. Elle a fait des mathématiques malgré sa famille. L'hiver, la nuit, elle lisait avidement, la plume à la main, les ouvrages d'analyse, et il arrivait que le froid était tel que l'encre gelait.

M. Pebière a l'intention de continuer cette étude sur les charmantes adeptes de la Science. (*Le Corresp. Méd.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

87. — De la conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 30 juin 1895.) — Dans une communication faite à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, M. le Dr Rivière, professeur agrégé, conclut de la façon suivante :

« Sous le nom d'accidents gravido-cardiaques, il y a lieu de distinguer :

« 1° Les accidents qui surviennent sous l'influence de la grossesse, chez des femmes antérieurement atteintes de lésions cardiaques vraies ;

« 2° Les accidents, simplement fonctionnels ceux-là, favorisés par l'hypertrophie cardiaque normale de la grossesse, par la gêne fonctionnelle des émonctoires de l'organisme, accidents graves néanmoins, et demandant une médication rationnelle et énergique.

« Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques *aboutissant déjà ou près d'aboutir à l'asystolie*, la provocation artificielle de l'accouchement est rarement indiquée d'emblée. La saignée agit mieux et plus vite, aidée par une action énergique sur les poumons (oxygène), les reins (lait), l'intestin (purgatifs, désinfection intestinale).

« Chez une gravidique, atteinte d'accidents cardiaques légers, on peut, par le même traitement, enrayer les accidents, rendre possible, facile ou relativement peu pénible la fin de la grossesse et sauvegarder la vie de la mère en assurant celle du fœtus.

« Le chloroforme à la fin de la période de dilatation et pendant l'expulsion, qui doit alors être artificielle pour hâter le plus possible la parturition, peut, manié avec prudence et malgré l'état du cœur, à cause même de l'état du cœur, être donné en toute assurance. »

L'auteur fonde son opinion sur deux observations personnelles ; dans la première, une femme cardiaque, avec accidents, fut menée jusqu'à terme grâce au traitement cité : une application de forceps mit au monde un superbe enfant, mais la mère mourut presque subitement le troisième jour pendant une crise d'asystolie.

La seconde observation est moins précise, mais plus heureuse

comme résultat. Une primipare de 21 ans, bien portante jusqu'alors, devient enceinte et se surmène pendant les premiers mois de sa grossesse; elle est prise à la fin du premier trimestre d'asystolie, et on trouve le cœur *hypertrophié*, ses battements *fréquents*, un peu *irréguliers*, et le premier temps *dédoublé*, légèrement *soufflant*. Les urines sont rares, mais non albumineuses, pauvres en sels, mais riches en urée. Le traitement recommandé par l'auteur permet à la grossesse d'aller à terme ; l'enfant naît vivant, bien développé, et la mère se rétablit.

Un seul point nous paraît obscur dans cette seconde observation d'ailleurs intéressante : est-il possible qu'un cœur normal, simplement hypertrophié par la grossesse, puisse être pris d'asystolie sous l'influence seule du surmenage? Que de fois les malheureuses qui viennent accoucher à l'hôpital ont dû se surmener pendant toute leur grossesse sans avoir d'accidents d'aucune sorte, si le cœur n'est pas primitivement atteint ! Et ne peut-on pas se demander si chez une femme bien portante habituellement, mais prise d'accidents gravido-cardiaques, il n'existe pas une lésion du cœur, non infectieuse, congénitale ou évolutive, latente et ignorée de la malade elle-même, jusqu'au jour où une grossesse fait apparaître des complications que l'hypertrophie gravidique simple est peut-être incapable de produire. M. Rivière note que pendant les suites de couches sa seconde malade avait les battements du cœur très ralentis, à *trente-six ou trente-huit par minute*. Cette lenteur est tout à fait anormale, même chez une nouvelle accouchée, le ralentissement physiologique du pouls le faisant bien rarement tomber au-dessous de 50 par minute. Et certaines lésions originelles, latentes habituellement, telles que le rétrécissement mitral pur de Durozier, se caractérisent souvent par une lenteur extrême du pouls.

Quoi qu'il en soit du diagnostic, M. Rivière donne un excellent conseil en recommandant la saignée, le régime lacté, les purgatifs et l'oxygène chez les femmes enceintes atteintes d'accidents dyspnéiques et asystoliques. Mais la proscription qu'il fait de l'accouchement provoqué doit-elle être absolue ? C'est là une question importante et qu'il y aurait lieu de reprendre.

***

88. — Le chlorure de chaux contre le prurit anal. — A. L. BERGER (*Zemsky Vratch*, 1893, n° 13, page 213) recommande d'introduire à un pouce de profondeur dans l'orifice anal, en cas de prurit, un morceau de coton imbibé de la solution de chlorure de chaux. Les sujets traités ressentent-il une légère brûlure ou des douleurs peu prononcées, on retirera immédiatement le morceau de coton et, après avoir lavé la région anale avec la solution de chlorure de chaux, on la laissera sécher spontanément. Les démangeaisons cesseraient instantanément ; quant aux autres symptômes morbides concomitants, tels que, par exemple, tuméfaction, éruption eczémateuse du périnée et du scrotum, etc., il céderaient après quelques applications. (*Nouveaux Remèdes*, janvier 1895.)



89. — L'hélénine en gynécologie. (HAMONIC.) — Depuis que mon confrère M. le Dr Abeille m'a indiqué l'action curieuse et remarquable qu'exerce l'hélénine sur l'utérus, c'est-à-dire depuis bientôt six ans, j'ai eu l'occasion de la vérifier un très grand nombre de fois. Je viens de compter à ma clinique 530 observations où j'ai employé cette médication dans la leucorrhée liée, soit à l'endométrite, soit à des état généraux mauvais, soit à des lésions organiques de l'utérus (corps fibreux).

96 fois sur 100 j'ai obtenu un résultat *positif* et la plupart du temps une *guérison durable. L'hélénine exerce une action élective sur les glandes utérines.*

Les cas où ce remède fait merveille et où il est, à mon avis, spécialement indiqué, sont ceux dans lesquels *la leucorrhée se lie à l'endométrite catarrhale glaireuse, avec ou sans pus, ou à la chloro-anémie.*

Depuis un ans je combine l'héléine au protoxalate de fer, à la quassine et à l'extrait mou de quinquina, sous la forme suivante :

Hélénine *cristallisée*...............	0.02 centig.
Quassine *cristallisée*..............	0.005 milligr.
Protoxalate de fer.................	0.10 centigr.
Extrait mou de quinquina..........	Q. S.

Pour une pilule. Deux ou trois par jour.

Cette préparation exerce une action reconstituante générale et locale remarquable et en très peu de temps l'utérus se modifie. J'ai vu nom-

bre de fois une métrite catarrhale disparaître complètement en quelques jours. Je donne, pour ma part, la préférence à *l'hélénine cristallisée*. Ce qui démontre bien que l'hélénine exerce sur les glandes de l'utérus l'action spéciale que M. le Dr Abeille a constatée et étudiée le premier, c'est que dans les pilules précédentes, si on supprime ce corps, ainsi que je l'ai fait maintes fois, la leucorrhée ne se modifie pas du tout ou bien elle s'atténue lentement et seulement lorsque l'état général est très amélioré, tandis que, dans le cas contraire, ce symptôme est le premier à disparaître.

***

90. — Traitement de la paramétrite. (Jacobs.) — 1° Paramétrite aiguë. — Repos absolu et continu. Emissions sanguines locales. Purgatifs doux. Preissnitz abdominal. Narcotiques. Injections vaginales chaudes.

Le stade aigu enrayé, préparations iodées sur l'abdomen et dans le vagin. Bains de siège. Injections vaginales fréquentes. Régime tonique. Purgatifs légers.

Badigeonnages des culs-de-sac vaginaux avec la teinture iodée suivante :

Iode métallique..................	10 à 15 grammes
Essence de genévrier.............	100 —

Pour usage externe.

2° Paramétrite chronique. — Bains de siège à l'eau ou bains de tourbe. Tampons vaginaux à la glycérine iodoformée ; injections rectales continues et répétées au moyen d'un injecteur à double courant. Eaux minérales iodées. Bains d'eaux mères salines. Bains de mer, et en général tous les agents excitant la résorption. Massage. Préparations iodées.

Ces traitements doivent être continués pendant de longs mois.

Lorsque les foyers passent à suppuration, il faut, non pas confier leur évacuation à la bonne nature, mais la favoriser par des incisions aux lieux d'élection : culs-de-sac vaginaux, incision abdominale au-dessus du ligament de Poupart.

***

91. — Dangers et complications du curettage post-partum. — On a beaucoup abusé du curettage post-partum dans

ces dernières années. M. le Dr A. Dumont fait suivre un travail très documenté publié dans les *Archives de tocologie et de gynécologie* (mars 1895), des conclusions suivantes :

Le curettage post-partum, intervention énergique, réservée pour certains cas déterminés, mais très peu nombreux, ne doit être pratiqué qu'avec la plus grande prudence, en raison des accidents et des complications graves toujours possibles.

Les dangers de l'opération résultent :

1° De l'état de l'utérus au moment du curettage. Il est volumineux, de consistance molle et de très faible épaisseur, toutes circonstances favorables à la perforation ;

2° De l'abaissement du col, dangereux en raison des lésions annexielles, soit préexistantes, soit consécutives à la septicémie actuelle ;

3° De la dilatation à la suite de laquelle on peut observer un état fébrile marqué, des déchirures profondes et même des perforations ;

4° Des injections intra-utérines antiseptiques et caustiques, dont les accidents peuvent tenir soit à la technique de l'injection, soit au liquide injecté (composition chimique, pression, température, présence de l'air), le tout amenant les complications les plus graves ; lypothymies, syncopes, et même mort subite ;

5° Du grattage proprement dit, qui est une opération incomplète et grave. Incomplète, puisqu'après elle on retrouve encore dans l'utérus des fragments volumineux de placenta ou de fœtus. Grave, par elle-même (hyperthermie consécutive, opération aveugle) et par ses complications (hémorrhagie et perforation), cette dernière nécessitant des laparotomies et des hystérectomies pour être réparée.

(*Bull. méd.*)



92. — De l'élythrotomie dans les collections pelviennes. (Vautrin.) — *Conclusions* :

En résumé, je crois qu'en matière de collections pelviennes, il faut être éclectique. Si la laparotomie est recommandable dans les collections élevées, de grand volume, en rapport avec des lésions des trompes ou avec des grossesses extra-utérines, je pense que l'élytrotomie est non moins indiquée pour les collections basses, bien limitées, que l'on atteindrait difficilement par les voies supérieures. A la portée de tous les médecins en cas d'urgence, l'élytrotomie postérieure trouve des applications multiples. Quant à l'élytrotomie antérieure, elle a été

jusqu'ici fort peu pratiquée, si tant est qu'elle ait déjà fait l'objet d'une description spéciale.

(*Rev. méd. de l'Est.*)

***

93. — Des dangers des injections intra-utérines de glycérine. — M. Pfannenstiel a employé, dans deux cas, le procédé de Frank, c'est-à-dire l'injection d'une grande quantité de glycérine dans la cavité utérine dans le but de provoquer un accouchement prématuré. Dans le second cas, sont survenus après l'injection une cyanose, l'obnubilation des sens, une élévation de la température, un ralentissement du pouls. Puis se montrèrent les phénomènes de néphrite avec hémoglobinurie, albuminurie et cylindres hyalins. D'après l'auteur, tous ces phénomènes seraient dus à une altération du sang provoquée par l'action toxique de la glycérine. Il se base sur ce fait, qu'on peut provoquer expérimentalement ces troubles, surtout l'hémoglobinurie et l'albuminurie, en injectant, aux animaux, de la glycérine sous la peau. M. Pfannenstiel considère le procédé de Frank comme trop dangereux, tandis que les avantages qu'il présente sont relativement minimes. Aussi, d'après l'auteur, ce procédé doit-il être abandonné. (*Centralb. f. Gynäk.*, n° 16, 1894.)

M. Pelzer n'est pas d'accord avec M. Pfannenstiel sur les dangers des injections intra-utérines de glycérine employées pour la provocation d'un accouchement prématuré. Il mentionne vingt-huit cas où il a employé ce procédé. Dans dix-huit, il a pu provoquer l'accouchement et dans aucun il n'a observé ni hématurie, ni albuminurie. Les contractions utérines surviennent, en général, deux heures après l'injection ; la dilatation du col, huit, dix heures après. Il n'a pas eu de cas de mort, sauf deux par éclampsie chez des femmes brightiques. Dans un cas, on a pu attribuer la mort du fœtus à l'injection de 100 grammes de glycérine. Les expériences ultérieures de l'auteur lui ont démontré que cette dose est trop élevée. Il vaut mieux injecter 30 à 50 grammes de glycérine à la fois et au besoin répéter l'opération. Avec des quantités pareilles, on ne provoque pas de contractions utérines trop fortes et il y a moins de danger pour le fœtus. Il ne faut pas avoir recours à ce procédé chez les éclamptiques et en cas de placenta prævia. (*Centralb. f. Gynäk.*, n° 15, 1894.)

***

94. — Traitement des métrites par la solution de chlorure de zinc au dixième, par E. Fort, Thèse Paris, 1894. — Le bâton de M. Dumontpallier a été banni de la thérapeutique intra-utérine. La flèche de Canquoin que M. Polaillon glissait dans la matrice a eu à peu près le même sort. Il faut se féliciter de ce résultat. L'utérus, déjà menacé par les chirurgiens qui savent si bien en pratiquer l'ablation depuis quelques années était exposé aux entreprises de tous les praticiens capables d'introduire dans la cavité cervico-corporéale une fine tige à base de chlorure de zinc. L'opération était facile, mais les suites déplorables.

On sait que Broëse, Rheimstedter et Fristsch touchent depuis longtemps la cavité utérine avec un bourdonnet d'ouate imbibée d'une solution de chlorure de zinc à 50 0/0.

L'opération est renouvelée tous les huit jours pendant sept à neuf semaines environ.

M. Fort nous donne le manuel opératoire adopté par M. Périer, qui se sert du chlorure de zinc sous forme de glycérolé au dixième depuis l'année 1871.

Voici, en résumé, le procédé de M. Périer :

1° Dilatation utérine à la laminaire ;

2° Cautérisation de la muqueuse utérine avec un coton imbibé de glycérolé, pendant cinq minutes. On met ensuite dans la matrice une gaze imbibée de naphtol camphré.

Ce traitement est applicable « aux métrorrhagies peu abondantes, « ou à la métrite catarrhale, ou à la métrite post-puerpérale sans ré- « tention de débris placentaires ou enfin à la métrite accompagnée de « salpingite non volumineuse ni aiguë ».

Il y a lieu de se méfier de l'atrésie. Si on pratique une bonne dilatation et si les soins consécutifs sont exactement remplis, ce traitement peut donner de bons résultats. Cependant, nous avouons n'avoir aucune sympathie pour le chlorure de zinc.



95. — Comment doit-on donner une injection intra-utérine ? par le Dr L. Touvenaint (1). — Il n'est pas aussi aisé qu'on pourrait le croire de pratiquer une injection intra-utérine ; c'est une véritable petite opération qui exige, pour être bien faite, des

(1) Extrait de la *Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*.

connaissances très exactes du conduit vagino-utérin. Aussi n'est-il pas utile d'en bien préciser le manuel opératoire, en insistant sur les divers temps. Nous distinguerons deux cas : 1° Immédiatement après l'accouchement ; 2° pendant le post-partum.

A. *Injection intra-utérine après l'accouchement.* — Il est indispensable, avant tout, de spécifier dans quelles circonstances il convient de donner à l'accouchée une injection intra-utérine ; je considère, en effet, qu'il ne faut pas ériger cette habitude en principe et qu'il est inutile, voire dangereux, d'y recourir indifféremment dans tous les accouchements, comme le font quelques médecins.

L'injection intra-utérine est particulièrement indiquée lorsque l'on a été obligé de faire une délivrance artificielle ; dans ce cas, il est absolument nécessaire d'y avoir recours ; car, en raison de l'introduction de la main dans la cavité utérine, on est en droit de redouter quelques complications possibles, quelles que soient les précautions antiseptiques que l'on ait prises. En second lieu, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie survenant après la délivrance, il est utile de donner une injection intra-utérine bien chaude pour tâcher d'arrêter l'écoulement sanguin. Voilà, à mon avis, les deux seules circonstances qui justifient, au moment de l'accouchement, l'administration d'une injection intra-utérine.

Instruments et appareils nécessaires. — Comme sonde, on se servira indifférement soit de la sonde de Budin, soit de celle de Doléris, qu'on aura, bien entendu, eu le soin de stériliser par le séjour prolongé dans de l'eau bouillante. On devra, en outre, avoir un injecteur-bock de deux litres au moins et un bassin en porcelaine de forme allongée, comme ceux que j'ai représentés dans mon *Manuel de la Sage-femme.*

Position à donner à l'accouchée. — La femme doit être dans le décubitus horizontal, la tête aussi basse que possible. On glisse sous son siège le bassin sans trop l'enfoncer, de manière à ce que ses bords ne gênent pas les mouvements de la sonde. Les cuisses sont tenues très écartées, à demi-fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses.

Bien entendu, avant de procéder à l'introduction de la sonde, on fera un lavage vulvaire et une irrigation viginale avec la canule en verre.

Introduction de la sonde. — L'accoucheur se place à droite de la femme et introduit l'index et le médius de la main droite réunis en extension dans le vagin ; ces deux doigts cheminent jusqu'au col de

l'utérus, puis le médius, tourné en haut et en avant, est doucement et profondément engagé dans le large orifice cervical, tandis que l'index recourbé à angle droit emplit le cul-de-sac antérieur cherchant à rétroverser l'utérus.

A ce moment, la sonde, au préalable amorcée et tenue de la main gauche, est glissée sur le médius, jusqu'à ce que le bec touche la pulpe du doigt. Le médius soutient alors la sonde que la main gauche pousse doucement ; on éprouve bientôt une certaine résistance, c'est l'anneau de contraction qui s'oppose à la pénétration de la sonde : il suffit d'insister un peu, sans forcer, pour sentir cette résistance vaincue ; la sonde a alors franchi l'anneau de contraction et a pénétré dans la cavité utérine. La main gauche doit à ce moment abaisser *fortement* la sonde vers le plan du lit, et ce seul mouvement suffit pour la faire pénétrer profondément.

Dès que la sonde est dans l'utérus, la main gauche de l'accoucheur vient s'appliquer à plat sur la paroi abdominale. Puis, la paume de la main appuyant fortement sur la corne utérine droite et la pulpe des doigts sur la corne gauche, la main jugera ainsi facilement de la distension possible de l'utérus et l'empêchera en comprimant modérément cet organe.

L'index et le médius restés dans le vagin apprécieront la moindre apparence de contraction et serviront de conducteur au liquide.

Il faut que, pendant tout le temps que dure l'injection intra-utérine, le récipient contenant le liquide ne soit pas élevé à plus de 30 à 35 centimètres au-dessus du lit, de façon à ce que la pression ne soit pas trop forte et qu'on pratique seulement un lavage. Si une contraction utérine survient assez violente pour oblitérer le col et arrêter l'écoulement de retour, la distension n'est pas à redouter, car le liquide n'ayant qu'une faible pression, sera refoulé dans le récipient ; par mesure de précaution, on pourra néanmoins abaisser le récipient jusqu'au plan du lit, dès que les deux doigts restés en contact avec le col sentiront la contraction.

La durée d'une injection intra-utérine ne doit jamais dépasser dix minutes, et, dans tous les cas, on devra toujours s'arrêter avant l'écoulement complet du liquide du récipient ; en retirant la sonde, on irriguera le vagin de façon à empêcher l'entrée de l'air dans l'utérus.

B. *Injection intra-utérine durant le post-partum.* — Si l'introduction de la sonde est relativement facile immédiatement après l'accouchement, il n'en est plus de même dans les jours qui suivent, parce

que le col tend à se refermer. Le plus souvent, dans les huit premiers jours du post-partum, la manœuvre n'est pas beaucoup plus compliquée qu'au moment de l'accouchement, surtout si l'on a soin de corriger l'antéflexion utérine. Mais, au bout de huit à dix jours, l'opération devient plus difficile et assez pénible pour la femme. Il est, en tout cas, nécessaire de ne procéder différemment qu'après la délivrance.

Au lieu de laisser la malade couchée dans son lit, on la placera en travers, dans la position obstétricale, le siège débordant le bord du lit ; les membres inférieurs bien écartés seront soutenus par deux aides qui fléchiront autant que possible les cuisses sur le bassin. Après avoir procédé à l'évacuation de la vessie et à la toilette vulvo-vaginale, on appliquera deux valves, en ayant soin de commencer par l'inférieure et en plaçant ensuite la supérieure de façon à bien découvrir le col. On verra alors très nettement l'orifice cervical, et il sera le plus souvent facile d'introduire la sonde qui pénétrera dans l'utérus sans éprouver une trop grande résistance.

Dans le cas où l'on n'arriverait pas à entrer dans la cavité, on se trouvera bien de saisir, à l'aide d'une pince de Museux, la lèvre antérieure du col ; on pourra alors abaisser l'utérus facilement, surtout si l'on charge un aide d'appuyer sur le fond de l'organe. Une fois que le col est près de la vulve, on relève la pince à angle droit et on procède à l'introduction de la sonde.

Je préfère, quand je suis obligé de pratiquer une injection intra-utérine quelques jours après la délivrance, me servir de la sonde de Fritsch, dont la courbure rend l'introduction plus facile. C'est, d'ailleurs, toujours de cette sonde que je me sers lorsque je veux laver la cavité utérine en dehors de l'accouchement.

A ce propos, je crois utile d'indiquer la conduite que j'ai l'habitude de tenir après un curettage pratiqué après un avortement. Je considère que lorsqu'on est obligé de curetter une femme qui vient de faire une fausse couche et qui a de la fièvre par suite d'infection résultant de la rétention de débris placentaires dans l'utérus, je considère, dis-je, que ce serait faire une opération incomplète que de se contenter, dans les jours qui suivent le curettage, de pratiquer des injections vaginales ; il est nécessaire de faire quotidiennement un lavage de la cavité utérine ; et l'on sait combien rapidement le canal cervical se rétrécit dans ces cas et combien il est difficile de pénétrer dans l'utérus. Avec la sonde de Fritsch, la chose est rendue aisée, et je n'ai jamais

éprouvé de sérieuses difficultés, grâce, je le répète, à sa courbure.

Telles sont les considérations que je voulais exposer sur le manuel opératoire de l'injection intra-utérine, opération des plus simples quand elle est exécutée suivant les règles et qui, au contraire, peut entraîner les plus graves complications, quand elle est faite par une personne inexpérimentée ; j'ai vu une fois une malade à qui une sage-femme avait perforé le cul-de-sac de Douglas en poussant avec trop d'énergie une sonde qu'elle croyait avoir bien introduite dans le col.



96. — Traitement des métrorrhagies par l'hydrastinine. — Depuis un certain nombre d'années déjà, l'hydrastinine, le principe actif de l'hydrastis canadensis, est connu pour un remède très efficace contre les hémorrhagies internes. M. Kallmorgen a fait de ce médicament l'objet de recherches systématiques, à la polyclinique gynécologique de Berlin. Ces recherches ont porté sur cent cas, qui se décomposent ainsi : vingt-cinq cas de ménorrhagies ; vingt cas d'endométrite chronique ; quatre cas de métrorrhagies en rapport avec des affections des annexes ; cinq cas d'hématocèle rétro-utérine ; dix-huit cas de métrorrhagies survenues dans le cours d'une grossesse ; quatre cas de myomes utérins ; enfin deux cas de cancers inopérables de l'utérus.

Tout d'abord le médicament a été administré sous la forme de pastilles, ainsi composées :

Chlorhydrate d'hydrastinine.........	0 gr. 025
Sucre blanc........................	1 gr.

M. Pour une pastille. Faire douze pastilles semblables. Dose: quatre fois par jour une pastille.

Plus tard, en vue d'une meilleure conservation et pour éviter aux malades le goût amer du médicament, celui-ci a été donné sous la forme de pastilles ayant pour formule :

Chlorhydrate d'hydrastinine............	1 gr.
Suc et poudre de réglisse................	Q. S.

Pour f. s. a. pilules n° XXX.

Dose : trois fois par jour une pilule. Au besoin cette dose quotidienne était portée à six pilules. En fait d'effets secondaires fâcheux,

cette médication n'a jamais entraîné que des coliques utérines et (à très fortes doses) des douleurs d'estomac.

Les malades qui ont été soumises à ces essais sont restées en observation pendant vingt et un mois au moins, après cessation du traitement, quelques-unes pendant deux ans et un quart.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas d'hémorrhagies consécutives à une hématocèle, dans des cas de ménorrhagies simples, de métrorrhagies consécutives à un avortement, à une affection des annexes. Les résultats ont été moins bons dans des cas d'endométrite chronique ; ils ont été douteux ou nuls, dans les cas de métrorrhagie en rapport avec la grossesse, avec un myome utérin, avec un carcinome. (*Zeitschrift für Genburtshülfe und Gynaecologie*, t, XXIX.)



97. — Traitement de l'endométrite, par FEHLING (de Halle). (*Congrès de Gynécologie de Vienne.*) — FEHLING divise d'abord au point de vue de l'intervention thérapeutique les endométrites en 2 groupes : les endométrites puerpérales et les endométrites non puerpérales.

1° Les endométrites puerpérales seront traitées dès le début, c'est-à-dire dès que l'apparition de la fièvre chez une femme en couches pourra faire craindre l'infection de l'endométrium, par des injections intra-vaginales au lysol, au permanganate, à l'eau phéniquée, etc., répétées de 2 en 2 ou 3 heures. Si après 24 heures les phénomènes ne rétrocèdent pas, on aura recours au lavage intra-utérin avec 2 ou 3 litres d'eau tiède ou faiblement antiseptique et répété toutes les 12 ou au plus tard toutes les 24 heures. Dans l'intervalle des lavages on donnera de l'ergotine, on donnera un sac de glace ou un enveloppement de Priessnitz sur le ventre. Ces injections ne seront contre-indiquées qu'en cas de paramétrite, de pelvipéritonite, etc. ; elles ne seront utiles que jusqu'au sixième jour après l'accouchement ; passé ce délai il y aura lieu de craindre, si on n'a pas obtenu d'effet, que le processus septique a dépassé l'endométrium.

Le curettage n'est justifié que dans le cas de rétention de fragments du placenta ou des membranes. Il devra être suivi d'une cautérisation de la cavité utérine par l'alcool camphré à 50 pour 100 ou de l'introduction de crayons d'iodoforme; ceux vulgarisés en France par Chaumel rempliront parfaitement cette dernière indication.

2° Les endométrites non puerpérales, la plupart d'origine blennorragique, sont aiguës ou chroniques.

a) Le traitement général des formes aiguës consistera en repos au lit, glace ou enveloppement de Priessnitz sur le ventre, purgatifs légers, morphine. Localement on se contentera d'injections vaginales, de badigeonnages du col au nitrate d'argent à 10 pour 100, d'introduction au contact avec le col d'ovules à la glycérine de Chaumel. Si on est sûr de l'intégrité des annexes, on pourra essayer les cautérisations à l'alcool phéniqué à 50 pour 100, au chlorure de zinc à 20 pour 100, à la teinture d'iode à 20 pour 100, au nitrate d'argent à 10 pour 100 ; ces cautérisations auront pour but de détruire les gonocoques dans la muqueuse.

b) Dans l'endométrite chronique on donnera au début plus d'importance au traitement général qu'au traitement local. On prescrira tout d'abord les toniques,on réglera l'exercice physique ; on adressera les femmes aux eaux minérales en se basant pour le choix de la station sur la constitution et le tempérament des malades ; le séjour aux altitudes ou au bord de la mer pourra aussi être recommandé.

Avant d'intervenir localement, on s'assurera qu'il n'existe pas de contre-indication : métrite aiguë ou subaiguë, annexites, paramétrite, péritonite pelvienne.

De même, avant de s'occuper de l'endométrium, on traitera au préalable le catarrhe du vagin et du col, s'il existe.

S'agit-il de simples troubles circulatoires, de phénomènes de congestion de la matrice, on aura recours aux saignées locales, au massage utérin, aux injections vaginales chaudes, aux ovules Chaumel, à la glycérine simple, ou additionnée de substances antiseptiques : ichthyol, acide phénique, salol, etc.

S'agit-il de traiter l'endométrium directement, on commencera par dilater le canal ; l'emploi des laminaires bouillies au préalable pendant quelques minutes dans l'eau phéniquée à 6 pour 100, puis stérilisées à sec à 130°, constitue le meilleur procédé pour obtenir une dilatation rapide. Sur la muqueuse utérine on agira à l'aide de médicaments liquides introduits au moyen de la sonde de Playfair : teinture d'iode à 10 ou 20 pour 100, alcool phéniqué à 50 pour 100, perchlorure de fer pur ou en solution de 50 pour 100, chlorure de zinc à 10 ou 20 pour 100, etc., dans les cas de métrorrhagies. En cas de catarrhe utérin : solution de 5 à 30 pour 100 de nitrate d'argent ; ichthyol pur ou mélangé à parties égales avec la glycérine, acide pyro-

ligneux, ainsi que les médicaments précédemment énumérés. Après la cautérisation la malade gardera le lit et on introduira dans le vagin un des ovules déjà mentionnés. Ces cautérisations seront répétées avec des intervalles d'au moins 8 jours.

Au lieu des cautérisations avec les liquides, on peut avoir recours aux topiques solides sous forme de crayon Chaumel à l'iodoforme, au nitrate d'argent, à l'acide phénique, etc. ; leur action reste limitée à l'endométrite. Les crayons au chlorure de zinc de Dumontpallier doivent être rejetés à cause de leur action caustique excessive.

L'insufflation des médicaments en poudre et leur emploi en pommade sont peu rationnels.

Chez les vierges et les nullipares, qui ont un canal cervical étroit, M. Fehling a recours de préférence au tamponnement de la cavité utérine à l'aide de gaze iodoformée.

Le curettage ne sera employé que lorsque les moyens précédents auront échoué et à condition qu'il n'existe aucune inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus ou des annexes.

(*Médecine moderne.*)

***

98. — Médicaments à employer dans les hémorrhagies utérines. (Liégeois.) — Ai-je réussi à faire passer chez les autres ma conviction quand j'ai entrepris naguère d'établir à cette même place que dans les ménorrhagies chlorotiques l'hydrastis associé au sulfate de fer, que dans les ménorrhagies des sanguines, des arthritiques, des obèses, candidates à l'endométrite fongueuse, l'hydrastis est d'une remarquable efficacité curative et préventive, tandis que l'ergot n'aboutit pas à grand résultat ? que l'hydrastis empêche le retour des métrorrhagies de la ménopause sans éveiller, comme l'ergot, des coliques utérines ? que l'hydrastis, uni au piscidia, au viburnum, met un terme — ce que ne fait pas l'ergot — aux métrorrhagies par hypercongestion utérine liées à l'ovarialgie, aux névralgies lombo-abdominales, à la névralgie de l'utérus ? Et si je suis partisan de l'ergot dans les métrorrhagies menstruelles ou intermenstruelles des corps fibreux interstitiels et des polypes utérins, j'ai hâte de recourir à l'hydrastis dans un but prophylactique aussitôt que l'hémorrhagie est conjurée.

Quelle que soit, pendant la grossesse, la raison d'une métrorrhagie, il ne faut pas la combattre par l'ergot.

Les accoucheurs remplacent l'ergot par le tamponnement ou par les

injections vaginales chaudes dans la métrorrhagie de l'avortement des huit premières semaines ou du troisième ou du quatrième mois, et dans celle qui accompagne le décollement du placenta ou sa rétention dans l'utérus. Nous devons, toutefois, à la vérité, de dire que l'injection d'ergotine nous a toujours été fidèle après la délivrance dans les hémorrhagies externes par inertie de la matrice.

(*Journal des Praticiens.*)

***

99. — De la dilatation brusque du sphincter anal dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. — Dans deux cas d'asphyxie des nouveau-nés, un confrère américain, M. le docteur Cooke, a eu recours avec succès, pour ranimer l'enfant, à la dilatation du sphincter anal, moyen qui a déjà été recommandé pour combattre l'arrêt de la respiration survenant au cours de l'anesthésie chloroformique. M. Cooke conseille de procéder de la façon suivante : on ne sectionne pas le cordon, on place l'enfant de façon à pouvoir bien l'observer, puis l'index préalablement huilé est introduit brusquement dans l'anus, ce qui provoque aussitôt un mouvement respiratoire. Cette manœuvre peut être répétée plusieurs fois, suivant la nécessité.

***

100. — L'herbe de Saint-Jacques contre l'aménorrhée. — L'herbe de Saint-Jacques (grande jacobée, senecio Jacobœa L.) serait, d'après W. Murel, un excellent remède contre l'aménorrhée, surtout si celle-ci est causée par le refroidissement. Il prescrit cette drogue sous forme de teinture préparée de la plante fraîche (1/10), à en prendre 2 grammes 3 fois par jour ; on élèvera graduellement la dose jusqu'à atteindre 15 grammes par jour à prendre en 4 fois ; on peut aussi se servir de l'extrait fluide, à prendre 4 fois par jour, par XX gouttes. (*British medical Journal.*)

FORMULAIRE

De l'usage de l'eau chloroformée dans l'entérite catarrhale compliquant les inflammations pelviennes. (Jules Chéron.)

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, du traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse, chez les malades atteintes d'une

affection utéro-ovarienne, mais on a complètement laissé de côté l'entérite catarrhale survenant dans les mêmes conditions.

Il s'agit là, cependant, d'une complication relativement fréquente, se traduisant par des diarrhées tenaces et très déprimantes, par des douleurs pénibles et colliquatives, quelquefois même s'accompagnant, chez les femmes nerveuses, de ballonnement du ventre par tympanisme intestinal, ce qui n'est pas sans les inquiéter vivement.

Les opiacés, souvent conseillés dans ce cas, présentent l'inconvénient de produire une constipation plus ou moins grande suivant les malades, et qui est remplacée par de nouvelles diarrhées dès que l'on cesse l'administration de l'opium.

Les antiseptiques intestinaux, malgré les services qu'ils rendent lorsqu'ils sont bien tolérés, n'agissent pas rapidement contre la diarrhée et sont plutôt indiqués pour terminer la cure.

On obtient une sédation rapide des douleurs, l'arrêt de la diarrhée sans constipation consécutive et le déballonnement du ventre quand il existe, par l'eau chloroformée, qui est un excellent antifermentescible des voies digestives en même temps qu'un analgésique très remarquable dans les conditions où nous nous plaçons.

Voici comment on peut employer avec avantage ce médicament :

1° Eau chloroformée saturée.......	120	grammes
2° Eau distillée de tilleul..........	120	—
3° Eau de fleur d'oranger.........	120	—

Prendre une cuillerée à soupe de chacun de ces trois flacons après chaque repas (matin, midi et soir).

Si la douleur, bien qu'atténuée, persistait, ainsi que la diarrhée, on pourrait, le second jour, doubler les doses, c'est-à-dire prendre 3 autres cuillerées à soupe de ces trois flacons, 2 heures après chaque repas, tout en continuant à les prendre, comme le premier jour, après les trois principaux repas.

Il est inutile d'ajouter que le régime alimentaire devra être surveillé de très près, que le vin et les alcools seront formellement interdits et qu'on ne permettra que des aliments de digestion très facile, se bornant même au besoin, pendant les premiers jours, aux aliments liquides et surtout au régime lacté.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

Curettage pour lésions des annexes et grossesses consécutives.

Le *Congrès allemand de gynécologie*, dont nous avons déjà parlé dans notre avant-dernière Revue, a remis à l'ordre du jour la question du traitement de l'endométrite.

Les gynécologistes allemands ont fait un éloge mérité des applications intra-utérines que, pour notre part, nous utilisons dans la très grande majorité des cas et qui suffisent en effet très souvent à ramener la muqueuse à son état normal. Non seulement les applications intra-utérines, associées à la dilatation, au drainage, au massage, aux révulsifs, etc., suivant les indications presque toujours complexes qu'il y a lieu de remplir dans chaque cas, guérissent beaucoup d'endométrites simples mais encore elles permettent fréquemment la guérison des lésions annexielles concomitantes.

Mais c'est surtout la question du curettage qui nous semble avoir été mal comprise des gynécologistes allemands.

Faire le curettage toutes les fois qu'on constate une lésion même légère de la muqueuse utérine est évidemment un abus; il ne faudrait pas cependant dire, comme c'est la tendance actuelle, que le curettage est souvent dangereux, qu'il peut

aggraver la situation, créer de toutes pièces des infections des annexes qui n'existaient pas avant l'emploi de la curette, etc. Il faut s'attendre à voir commencer bientôt une campagne contre le curettage et ses méfaits. Nous y gagnerons peut-être une plus grande précision dans les indications de cette excellente petite opération, et ce sera tout avantage pour les malades, mais il y aura lieu de se garder d'une réaction trop violente, car le curettage a rendu de très grands services à la gynécologie et on doit lui laisser la place très importante qu'il mérite.

Les gynécologistes allemands sont encore, en très grand nombre, partisans de l'ablation des annexes avant toute tentative de thérapeutique intra-utérine active et semblent croire que la stérilité étant incurable dès que les trompes de Fallope ont été atteintes, il n'y a pas lieu de se préoccuper de conserver des organes devenus inutiles.

Nos lecteurs savent que nous sommes loin d'accepter cette manière de voir.

Nous croyons, pour en avoir observé maints exemples très démonstratifs que l'on peut espérer, dans la très grande majorité des cas (après ou même souvent sans curettage), la guérison de lésions des annexes même très graves en apparence, sans mutiler les malades. Nous croyons aussi que la grossesse vient souvent récompenser le gynécologiste des efforts qu'il a faits pour mener à bien le traitement conservateur.

C'est, pour nous, une excellente occasion d'attirer l'attention de nos lecteurs sur un intéressant mémoire du D[r] MANGIN (de Marseille), ayant trait aux *Résultats éloignés de 90 opérations conservatrices pratiquées sur l'utérus, 54 cas de grossesses consécutives* (1). Les faits que nous allons citer, d'après notre distingué confrère, valent mieux que toute discussion théorique ; ils ne sont du reste pas isolés et nous avons déjà plus

(1) *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.*, janvier et février 1895.

d'une fois cité des statistiques analogues. Si nous revenons encore aujourd'hui sur cette question, c'est que nous croyons utile à notre cause de répondre par des faits à des assertions vagues et, à notre avis, inexactes.

Ceci dit, laissons la parole à M. MANGIN :

« Dans une période de 6 ans, de 1888 à 1894, dit-il, nous nous trouvons en face de 90 interventions utérines avec 52 grossesses.

« Ces cas se répartissent de la façon suivante :

1° Curettages simples 37, avec 21 grossesses ;

2° Curettages et amputations du col 33 cas, avec 17 grossesses ;

3° Curettages, amputations du col et opérations plastiques sur le vagin pour remettre et maintenir l'utérus en bonne position, 20 cas avec 14 grossesses.

Sur ces 52 opérées devenues enceintes, 10 ont déjà eu deux enfants, une trois.

En somme, 58 % de nos malades sont devenues enceintes.

Nos dernières opérations que nous faisons entrer en ligne de compte remontant à peine à 1 an et 5 opérées dont nous avons retenu les observations, ayant été perdues de vue au bout d'un an, on peut considérer ce chiffre de 58 % comme au-dessous de la réalité, beaucoup d'opérées ne devenant enceintes qu'au bout de deux et trois ans, surtout lorsque les trompes et ovaires étaient atteints (1).

(1) Cette remarque était justifiée. En effet, dans le tirage à part du mémoire de M. MANGIN, on lit, en note, p. 27 : « Après la publication de la première partie de ce mémoire, dans le numéro de janvier 1895 des *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, nous avons appris que deux de nos opérées ont eu des enfants, ce qui porte le nombre à 54. L'une fait le sujet de l'observation LVI, perdue de vue en 1893, elle avait été considérée comme stérile, elle a accouché à terme en 1894, l'autre avait été perdue de vue après son opération (curettage et amputation du col pour métrite et salpingo-ovarite gauche légère) et pour ce fait n'avait pas été portée dans notre statistique. Le nombre des succès est donc plus grand que ne l'indiquait d'abord notre statistique. »

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

D'un seul côté, 12 cas.

Des deux côtés, 1[illegible] cas.

Sur ces 90 malades, 51 avaient des affections concomitantes des annexes, de ces 51, 21 sont devenues enceintes.

Sur ces 21 grossesses, 16 se sont produites après des lésions d'un seul côté ; 5, alors que l'on avait constaté des lésions doubles.

7 de nos anciennes malades avortèrent par suite d'imprudences ou de syphilis : deux ont eu des grossesses après.

De nos 90 malades, 74 ont été guéries complètement.

7 ont été améliorées et souffrent à peine de loin en loin.

7 souffrent un peu plus ; elles ont de temps en temps des poussées subaiguës assez douloureuses, mais n'ayant rien d'inquiétant. Ces malades refusent, du reste, toute intervention radicale, souffrant trop peu, disent-elles.

4 n'ont été que peu améliorées ; 2 ont déjà été réopérées l'enlèvement des annexes les a parfaitement guéries.

Parmi les malades améliorées, 10 ont eu des poussées inflammatoires légères, 4 des poussées assez sérieuses.

La même proportion de succès se retrouve chez les femmes restées volontairement stériles. Nous ne donnons pas ici leurs observations, ne nous attachant qu'à la question des grossesses consécutives aux opérations.

De ces faits, on peut tirer les conclusions suivantes : c'est qu'à la suite des interventions chirurgicales simples sur l'utérus :

« 1° Lorsque les annexes n'ont pas de lésion apparente, la grossesse est de règle, elle se produit dans 80 0/0 des cas au moins.

2° Lorsqu'il y a lésion des annexes avec métrite et perméabilité probable des trompes, 41 0/0 des femmes peuvent devenir enceintes :

57 0/0 à la suite de lésions simples,

21 0/0 à la suite de lésions doubles.

3° Lorsqu'il y a des collections liquides péri-utérines, après leur évacuation par la voie vaginale, la grossesse peut survenir dans 10 0/0 des cas (statistique de Goullioud.)

4° L'emploi des traitements conservateurs permet de diminuer, dans une très large mesure, le nombre des opérations radicales, et a l'avantage de permettre souvent la grossesse et de laisser au moins aux femmes stériles des espérances de maternité. »

Ces conclusions sont très légitimes et sembleront telles à quiconque voudra lire, avec l'attention qu'il mérite, le mémoire que nous venons de citer. Soignons donc nos malades avec persévérance, currettons-les au besoin, et ne les mutilons qu'à la dernière extrémité, lorsqu'il nous sera bien démontré que la thérapeutique eonservatrice est insuffisante à les gué-

rir, ce qui est plus rare que le disent les détracteurs du curettage.

Jules Batuaud.

De l'importance du traitement des ptoses viscérales

avant ou après toute intervention chirurgicale chez les malades atteintes d'affections utérines,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare.

Communication faite au Congrès de gynécologie de Bordeaux, août 1895.

—

Dans une série de communications que j'ai faites, dans ces dernières années aux Congrès pour l'avancement des sciences, je me suis efforcé de mettre en lumière l'atténuation que subit le tonus des organes contractiles sous l'influence de l'épuisement nerveux, plus particulièrement chez les femmes atteintes d'affections utérines ou simplement épuisées par des grossesses très rapprochées.

J'ai proposé de donner à cette forme particulière de la neurasthénie, chez la femme dont l'utérus s'abaisse au contact du plancher vaginal, sans aucune tendance au prolapsus, et dont l'estomac se distend concurremment ; la dénomination de *neurasthénie utéro-gastrique.*

Dans la dernière de ces communications, je démontrais, en m'appuyant sur de nombreuses observations, que dans les cas de neurasthénie utéro-gastrique il n'y a pas simplement relâchement des ligaments larges et distension de l'estomac, mais encore, le plus souvent, de tous les viscères abdominaux.

Cette ptose ne se fait pas d'emblée et d'une façon générale, portant, à la fois, sur tous les viscères. C'est un envahissement progressif qui commence par l'utérus, si cet organe a été, tout d'abord, pris à partie par les causes d'épuisement. L'estomac, au contraire, peut être atteint le premier et se distendre alors que l'utérus n'est pas encore touché dans ses organes de suspension. Il en est de même pour tous les autres organes abdominaux qui, un à un, viennent ajouter leur ptose à celles déjà

effectuées, jusqu'à produire cette chûte d'ensemble, cet abaissement total des viscères abdominaux qu'il convient de désigner du nom générique de *viscéroptoses*.

Or, cet abaissement progressif des organes abdominaux dont j'ai fait une étude spéciale chez les femmes, ne saurait être négligé dans le pronostic et le traitement des affections de l'appareil utéro-ovarien. Dans le pronostic, en effet, il est possible de laisser passer une cause d'erreur très importante : J'ai vu, dans un très grand nombre de cas, des malades reconnues atteintes d'une affection de la muqueuse de la cavité utérine, subir l'opération du curettage, et, ne pas recouvrer un excellent état de santé corrélatif de la disparition de toutes leurs misères, qu'on croyait exclusivement, en rapport avec l'altération de la muqueuse utérine.

On subit souvent ce même mécompte après des opérations plus graves pratiquées sur l'appareil utéro-ovarien et l'on comprend la désillusion douloureuse des malades à qui on avait promis, d'ailleurs le plus loyalement du monde, une absolue guérison.

Il en est de même pour le traitement ; en effet, si avant d'instituer celui-ci l'on tient compte de cet état de viscéroptose, si, après avoir examiné l'appareil utéro-ovarien considéré jusqu'alors comme le seul coupable de l'état de souffrance générale et des troubles apportés dans l'exercice des fonctions, on examine un à un tous les viscères, si l'on interroge avec soin les malades, on dégage rapidement le rôle de l'épuisement nerveux et la direction à imprimer au traitement s'en trouve de ce fait grandement modifiée.

Voici, par exemple, une malade qui a eu trois enfants en quatre ans ; elle est très déprimée, elle marche péniblement, au réveil elle est plus fatiguée qu'elle ne l'était en se couchant, son estomac fonctionne très mal ; elle a une constipation opiniâtre et de la pollakiurie diurne, ses règles sont ménorrhagiques, d'abondantes pertes blanches l'épuisent, son irritabilité morale est excessive, etc., etc.

L'examen des organes génitaux permet de constater, au toucher la sensibilité de l'utérus, son augmentation de volume, son abaissement au contact du plancher vaginal, et, sa forme en

porte-manteau, en antéversion ; la vacuité des culs-de-sac et le renversement en champignon des lèvres du col.

Au spéculum on voit, un col volumineux, un double ectropion étalé sur les deux lèvres, un écoulement muco-purulent. Le cathétérisme donne une longueur de neuf centimètres. La curette d'exploration ramène, sans effort, de gros lambeaux d'une muqueuse ramollie et hypertrophiée.

Les indications thérapeutiques sont des plus nettes ; curettage de la cavité utérine, hersage du canal cervical, ablation des ectropions, drainage, ou encore curettage de la cavité utérine et amputation du col.

Si ces opérations sont pratiquées sans plus ample informé, quelques mois après la malade se retrouve sensiblement dans le même état où elle se trouvait avant l'intervention chirurgicale. Même fatigue, même difficulté à marcher, même constipation, même pollakiurie, même état nerveux.

L'écoulement muco-purulent a été remplacé par un écoulement séro-purulent et les ménorrhagies, diminuées au début, menacent déjà de revenir.

Mais si, dès le premier examen, la forme d'un utérus en portemanteau séparé de ses adhérences normales avec la vessie et l'abaissement sans prolapsus, eussent attiré notre attention, nous eussions conclu à l'existence de la neurasthénie utéro-gastrique, notre examen se fut fait plus complet, tous les viscères eussent été examinés avec soin, l'état de viscéroptose eut été dûment constaté et les indications thérapeutiques s'en fussent trouvées modifiées.

Nous nous serions dit que, une fois pratiquée l'intervention chirurgicale, l'utérus se trouverait plus abaissé que jamais, surtout après avoir subi les tractions en usage dans l'opération du curettage. Et il ne faut pas croire que l'anneau pessaire puisse porter remède à cet abaissement, en effet le poids des viscères abdominaux qui écrase de plus en plus les organes contenus dans le bassin, au contact du plancher vaginal rend le port de l'anneau plus gênant qu'utile.

Il est vrai que la sangle simple bien appliquée à relever la partie inférieure de l'abdomen pourra atténuer le malaise, elle ne le fera par disparaître complètement et elle astreindra la malade à porter deux appareils, le plus souvent sans avantage.

Quelles seront donc les indications thérapeutiques, une fois les viscéroptoses mises en ligne de compte ?

Convient-il d'intervenir avant tout traitement dirigé contre l'épuisement nerveux, contre les ptoses viscérales ?

Oui ! Il convient de modifier, avant toute intervention chirurgicale, l'épuisement nerveux et les ptoses viscérales qui en résultent, par un traitement médical approprié.

Si nous nous prononçons nettement en faveur du traitement médical avant toute intervention chirurgicale, chez les malades atteintes de ptoses, c'est en nous appuyant sur un grand nombre d'observations que nous avons pris soin de réunir en tableaux.

J'ose affirmer que la tendance au discrédit que subissent depuis peu de temps quelques opérations d'une utilité incontestable, notamment le curettage, tient à l'existence de viscéroptoses chez des malades qui ont supporté ces opérations sans en obtenir le résultat qu'elles en attendaient.

Ces viscéroptoses s'accompagnent parfois de ptoses vaginales avec cystocèle, rectocèle et dislocation consécutives du périnée.

Or, la situation devient par cela même plus fâcheuse encore.

Cystocèle, rectocèle, dislocation du périnée, voilà de véritables indications semble-t-il, à pratiquer la colpopérinéoraphie. Mais, si l'utérus est en abaissement au contact du plancher vaginal, si l'estomac est distendu, si le rein droit s'est échappé de sa loge, si le foie dépasse le rebord des fausses côtes, si l'abdomen est développé, particulièrement, dans la région hypogastrique, car c'est le plus souvent ce qu'on constate avec les lésions précédentes, on se trouve en présence de nombreux stigmates de ptoses viscérales qui devront faire hésiter à intervenir avant tout traitement.

J'ai vu fréquemment des malades opérées, dans les conditions morbides sus-énoncées, refaire peu à peu les mêmes lésions sans avoir obtenu même une guérison relative.

Dans la neurasthénie l'abaissement sans prolapsus, sans autres lésions, peut donner lieu à de tels troubles, à de telles douleurs, à une perturbation si profonde de la santé que l'on comprend l'insistance des malades à demander au chirurgien une intervention qui modifie brusquement leur pénible état.

Malheureusement l'ablation de l'utérus ne remédie pas à la situation, chez les ptosées, les exemples en sont nombreux. J'ai pu montrer pendant quelque temps, à Saint-Lazare, une malade à ptoses viscérales qui avait été hystérectomisée depuis deux ans, et chez qui le dôme vaginal s'était avancé peu à peu, jusqu'à la vulve, sous la poussée intestinale. Toutes les douleurs locales, tous les troubles de la santé générale s'étaient accrus dans une notable proportion.

Je n'ai pas à m'occuper de la conduite à tenir dans les cas d'opération pour suppurations pelviennes, chez les malades atteintes de ptoses ; l'affection inflammatoire du bassin ayant créé un plan résistant, de soutien, un dôme solide maintenant les viscères abdominaux.

Nous limiterons donc la question aux affections utérines que voici, affections qui se compliquent fréquemment de ptoses viscérales :

1° Abaissement sans prolapsus avec lésion du col de l'utérus (endocervicite, ectropions).

2° Endométrite fongueuse avec ou sans hémorrhagies, compliquée ou non de subinvolution.

3° Endométrite avec rétroversion adhérente ou non adhérente.

4° Prolapsus utérin à ses différents degrés.

5° Dislocation du périnée avec cystocèle et rectocèle.

Ces affections nécessiteront les interventions chirurgicales suivantes :

a. — L'amputation du col par l'un quelconque des procédés habituels, suivant les indications.

b. — Le curettage.

c. — Le curettage et l'hystéropexie ou l'opération d'Alexander

d. — Le cloisonnement du vagin, voire même l'hystérectomie.

e. — La colpopérinéorraphie.

Dans chacune de ces affections, avant de pratiquer ou après avoir pratiqué les opérations précédentes chez les malades atteintes, en même temps, de ptoses viscérales, il y a lieu d'instituer un traitement apte à diminuer ces ptoses ou à les guérir, c'est-à-dire à éliminer la complication qu'elles représentent.

Les malades atteintes de ptoses viscérales sont de deux sortes :

1° Les déprimées du système nerveux.

2° Les neurasthéniques.

Les déprimées du système nerveux représentent un groupe dont la maladie ou le surmenage ont épuisé les forces, mais chez qui la prédisposition héréditaire, la tare du dégénéré, n'existe pas, comme dans la neurasthénie.

Chez ces déprimées du système nerveux l'intervention chirurgicale hâtive n'a pas la même importance que chez les neurasthéniques ; — ces malades voient leurs ptoses viscérales s'atténuer et disparaître, aussi bien avant l'opération qu'après l'opération, mais cependant une fois l'opération faite il ne faudrait pas trop compter sur la nature médicatrice pour les ramener à la santé sans traitement.

Ce qui résulte d'une longue expérience, c'est que le chirurgien peut sans inconvénient sérieux intervenir chez une malade ptosée qui n'est pas une véritable neurasthénique mais simplement une déprimée du système nerveux, c'est-à-dire une victime du surmenage par maladie ou excès de travail, à la condition cependant de réparer, après l'opération, les ptoses viscérales et de mettre un terme aux troubles de toute sorte qui en sont la conséquence.

Chez les neurasthéniques il n'en est pas de même, c'est avant l'intervention chirurgicale, qu'il faut traiter les ptoses. Si l'intervention a eu lieu, sans traitement préalable, la femme neurasthénique déjà épuisée par la maladie nerveuse et la maladie utérine, verra survenir une troisième cause de surmenage, l'opération qui aussi brève et aussi bénigne qu'elle soit est toujours un nouveau facteur d'épuisement chez un être aussi affaibli que la neurasthénique atteinte d'affection utérine.

Chez les déprimées du système nerveux le succès est facile car, ces malades réagissent aisément ; sous l'influence du moindre traitement réparateur leurs ptoses s'atténuent et disparaissent, tout à fait, en un temps relativement très court. Ce sont ces cas-là qui représentent les bons succès chez des sujets, en apparence très malades.

Chez les neurasthéniques la question change. Celles-ci représentent les vrais mauvais cas. Les indications sont nettes et précises, il semble qu'on puisse compter sur un bon résultat rapide et sûr, et après l'intervention la situation est aussi mauvaise, sinon pire. De sorte que j'en suis arrivé à formuler ma

manière de voir de la façon suivante : *il ne faut pas toucher chirurgicalement aux affections utérines des neurasthéniques, même pour pratiquer l'opération la plus simple, avant d'avoir largement modifié l'épuisement nerveux et les ptoses viscérales de ces malades.*

Par quels moyens et de quelle manière faut-il traiter une malade atteinte de ptoses viscérales avant ou après l'intervention chirurgicale nécessitée par l'altération de ses organes génitaux ?

Les moyens à employer sont de deux sortes :

— Ceux qui s'adressent à l'affection utérine.

— Ceux qui s'adressent à l'épuisement nerveux et aux ptoses viscérales.

Les premiers sont représentés par les irrigations chaudes, les scarifications utérines et les pansements antiseptiques à l'ichtyol dans la glycérine à 30°, lorsqu'il y a lieu, ce qui est le cas le plus général, de diminuer le poids et le volume de l'appareil utéro-ovarien gêné dans sa circulation par les ptoses viscérales.

Si les organes sont douloureux, on adjoindra aux moyens précédents, les injections chaudes au laudanum, et les pansements à la cocaïne.

Les moyens de traitement qui s'adressent à l'épuisement nerveux et aux ptoses viscérales forment deux groupes ; dans le premier qui vise l'épuisement nerveux figurent : les frictions sèches quotidiennes sur toute la surface du corps, l'hydrothérapie, l'électricité statique, l'administration de médicaments toni-cardiaques tels que la caféine et la spartéine, de médicaments nervo-musculaires, noix vomique, sels de strychnine, etc. Enfin les injections hypodermiques de sérums artificiels appropriés.

Dans le second groupe figure le massage pelvi-abdominal, d'après la méthode de Thure-Brandt et plus simplement le massage pelvi-abdominal dans la position renversée, mode de massage dont j'ai exposé les avantages et les résultats, l'année dernière, au Congrès de Caen.

Tous les moyens de traitement que je viens d'énumérer sont utiles chez les déprimées du système nerveux atteintes de ptoses viscérales, avant ou après l'intervention chirurgicale nécessitées par leur affection utérine, mais il en est quelques-uns qu'il

ne faut pas employer chez les neurasthéniques, ou alors les employer avec la plus extrême modération, tels sont les pansements à l'ichtyol glycériné, les scarifications du col et l'hydrothérapie qui conduiraient rapidement ces malades au surmenage thérapeutique.

En résumé, il est fréquent de voir des malades atteintes d'affections utérines, atteintes en même temps, de ptoses viscérales.

Les unes, simplement déprimées du système nerveux par maladie, ou par surmenage guérissent promptement après une intervention chirurgicale à la condition, toutefois, d'améliorer ou de guérir ces ptoses, immédiatement avant ou après l'opération.

Les autres sont des neurasthéniques vraies, c'est-à-dire des dégénérées chez qui le traitement des ptoses viscérales doit précéder l'intervention chirurgicale, même la moins sérieuse.

Le traitement qu'il convient d'instituer, doit s'adresser d'une part à l'affection utérine, (irrigations à 45° ou 50°, scarifications utérines, saignées blanches à l'aide de pansements antiseptiques, à l'ichtyol dans la glycérine à 30°), tout cela dans le but de diminuer le poids et le volume de l'appareil utéro-ovarien, dont la circulation se trouve gênée par la compression qu'exercent les ptoses viscérales.

D'autre part, les moyens de traitement qui s'adressent à l'épuisement nerveux et aux ptoses viscérales forment deux groupes. Dans le premier qui vise l'épuisement nerveux figurent : les frictions sèches, l'hydrothérapie, l'électricité statique, des médicaments toni-cardiaques, des médicaments nervo-musculaires : enfin des injections hypodermiques de sérum artificiel.

Dans le second groupe qui s'adresse aux ptoses viscérales, figure le massage abdominal d'après la méthode de Thure-Brandt et plus simplement le massage pelvi-abdominal, dans la position renversée.

Le traitement qui convient aux déprimées du système nerveux, ne saurait, en entier convenir aux neurasthéniques, en effet les scarifications du col, les saignées blanches faites par l'ichtyol glycériné, l'hydrothérapie, sont des moyens qu'il faut employer avec une grande prudence, car leur emploi peu judicieux conduit

promptement les neurasthéniques au surmenage thérapeutique.

Lorsqu'on néglige de faire chez ces malades le traitement antérieur des ptoses et de l'épuisement nerveux celles-ci perdent le bénéfice de l'intervention chirurgicale, et ce sont les nombreux insuccès qu'on enregistre, en pareil cas, qui tendent à jeter une sorte de discrédit sur quelques opérations d'une utilité incontestable, notamment sur l'opération du curettage.

RUSES FÉMININES ET CATHÉTÉRISME UTÉRIN [1]

Par le Dr Verchère (de Paris)
Chirurgien de Saint-Lazare.

Dernièrement, c'est-à-dire l'année dernière, nous avons assisté au malheureux procès qui a fait à si juste titre un bruit si considérable non seulement dans la presse médicale, d'un de nos confrères condamné pour s'être servi de tampons intravaginaux et de pinces pour les appliquer. Ce procès lamentable montre à quoi on est exposé lorsque l'on se trouve en présence des femmes se croyant ou se sachant enceintes, désirant avorter par quelque moyen que ce soit. Dans le procès que je viens de citer, la fille, origine de tout le mal, n'avait certes eu d'autre but que de se faire avorter, et elle a sans vergogne accusé le médecin qui n'était nullement responsable de ce qui était survenu en dehors de lui. Que serait-ce donc si le tribunal avait à juger des avortements inconsciemment déterminés par une exploration utérine en apparence bénigne, que les femmes la plupart du temps réclament, que l'antisepsie autorise et que le diagnostic exige parfois ?

Les femmes connaissent merveilleusement les heureux effets, suivant elles, du cathétérisme utérin dans les cas de grossesse gênante au début. Voulez-vous que je vous raconte une histoire

(1) Communication faite au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Bordeaux 1895.

qui s'est passée il y a une dizaine d'années dans un des grands hôpitaux de Paris, dans un service de clinique chirurgicale, et où le professeur fut amené, innocemment, à pratiquer un avortement sur un utérus gros de deux mois et demi ? Vous allez voir l'accumulation de moyens apportés pour le duper. Un jeune étudiant en médecine amène au professeur une jeune malade, qui, dit-elle, est atteinte de pertes abondantes, de douleurs dans le ventre et atteinte de métrite, survenue, affirme-t-elle, depuis déjà plusieurs mois. Inutile de dire que la jeune malade était la maîtresse du jeune étudiant. On interroge la jeune malade, on prend des notes soigneusement et elle donne tous les renseignements voulus les plus détaillés, qui constituaient une observation symptomatique type de métrite hémorrhagique. — Avez-vous vos règles ? — Toujours très régulièrement. — Avez-vous eu des retards ? — Jamais. — Perdez-vous actuellement ? — J'ai attendu que mes règles soient terminées pour venir me faire soigner.

Telles sont les réponses que font toujours les malades dont je parle. A l'examen on trouve un utérus (primipare) à col conique, non ramolli (deux mois et demi) et augmenté de volume. Aucun signe de grossesse qui puisse attirer l'attention. La malade dissimule avec soin les nausées et les vomissements qu'elle a ou qu'elle a pu avoir, et l'examen au spéculum pratiqué ne révèle aucun signe qui puisse faire croire à une grossesse. L'air de candeur et de vérité avec lequel la jeune malade donne tout le tableau de la métrite fongueuse, ne semble pas permettre le doute, et pour vérifier l'état de l'endomètre, pour vérifier s'il n'existe pas quelque polype cause des métrorrhagies indiquées, pour constater la profondeur de la cavité utérine, le professeur fait le cathétérisme avec l'hystéromètre rigide. On constate une augmentation de longueur, le diagnostic se vérifiait : endométrite fongueuse avec gros utérus. Le cathétérisme fut fait à plusieurs reprises sans amener de modification dans l'état de la malade. Les fœtus sont parfois plus résistants qu'on ne le croit et on était à cent lieues de penser à une grossesse. La dilatation fut pratiquée et sous le chloroforme on fit le curettage. La curette ramena un fœtus de deux mois et demi. Je n'ai pas à dépeindre la surprise et la fureur du professeur, ni à indiquer la décision qu'il prit vis-à-vis de l'étudiant en médecine qui, tranquillement, avait

appris à sa jeune maîtresse la réponse qu'elle devait faire pour entraîner l'erreur de diagnostic qui devait déterminer le professeur à lui pratiquer sans danger un avortement désiré.

Le procédé est souvent moins bien combiné, mais les femmes d'elles-mêmes savent parfaitement trouver les réponses qui doivent entraîner un chirurgien à pratiquer le cathétérisme ; les choses se passent généralement de la façon suivante. Une dame mariée souvent, ayant eu antérieurement de la métrite, ayant déjà été soignée pour cette métrite, se trouve enceinte et veut avorter. Elle sait que l'on fait le cathétérisme utérin, elle connaît même les gynécologues qui toujours, pour affirmer leur diagnostic, pratiquent le cathétérisme utérin, sur la simple affirmation que les règles n'ont eu aucun retard et viennent de cesser.

J'ai vu une dame m'affirmer avoir vu deux jours avant moi un gynécologue distingué qui, disait-elle, avait eu besoin de la cathétériser pour constater la longueur de sa cavité utérine, qu'il avait diagnostiqué une métrite, mais qu'elle désirait que je vérifie le diagnostic, pour savoir si elle devait se soumettre au curettage. Je ne sais pourquoi, je me méfiai et me contentai de l'examiner par le toucher et la palpation. Elle me rappela à la nécessité du cathétérisme. Je lui dis que je le considérais comme inutile et elle s'en fut désappointée. J'ai appris qu'elle était enceinte et que la visite faite antérieurement au gynécologue n'était qu'un procédé pour se rassurer sur les effets possibles d'un cathétérisme qu'elle désirait.

Le Dr Nitot auquel je parlai de ces faits me raconta le suivant : Une mère et sa fille viennent le trouver. La mère explique que sa fille souffre du bas-ventre, qu'elle a des pertes blanches, que les règles sont très abondantes, etc. Rien ne semblait devoir être en rapport avec une grossesse probable, d'après les dires de la mère qui réclame un examen de sa fille si souffrante et si intéressante. Le Dr Nitot pratique un examen discret, par le toucher qui ne présente pas une grande résistance, et constate un utérus un peu plus gros que normalement ; au spéculum qui fut appliqué avec prudence on ne trouvait qu'un col congestionné, un peu plus rouge, un peu plus violet, mais rien qui pût expliquer le tableau complet d'une métrite présentée par la mère éplorée.

Aussi, se contentait-il de dire qu'il voyait peu de gravité dans cet état, lorsque la mère lui fit remarquer que l'examen n'était

pas complet, qu'il n'était pas possible qu'il n'y eût rien, qu'elle avait eu autrefois de la métrite, qu'elle savait ce qu'il en était et que, pour la soigner, on avait toujours pratiqué le cathétérisme. Cette insistance même ouvrit les yeux du Dr Nitot qui n'hésita plus à refuser toute explication plus complète et à diagnostiquer : grossesse avec tentative maternelle d'avortement médical.

Avant d'en terminer avec ces exemples qui pourraient se multiplier à l'infini, laissez-moi encore vous dire une histoire peut-être un peu en dehors du sujet, mais qui montre bien quelle duplicité peut présenter la femme qui veut avorter : Un jour, il y a peu de temps, vient dans mon cabinet, amenée par sa mère, une jeune femme mariée, que je connaissais, que j'avais accouchée il y a cinq ou six ans et qui me pose à brûle-pourpoint la question suivante : La bicyclette peut-elle avoir des inconvénients quand on est enceinte ? Car je suis enceinte de deux mois et je *commence par vous dire que je suis tout à fait décidée à continuer à en faire, quelle que soit votre réponse*. Ceci dit avec un petit air de bravade, qui me fit de suite réfléchir ; j'interrogeai d'abord ma patiente sur sa grossesse, sur les phénomènes qui lui faisaient croire qu'elle était enceinte, sur l'inutilité de venir me demander un conseil au sujet de la bicyclette, puisqu'elle était décidée à n'en tenir aucun compte ; elle me répondit à ce propos que c'était son mari qui lui avait conseillé de venir me consulter à cet égard, parce qu'il redoutait un accident, mais qu'elle-même aimerait mieux un accident que de cesser ce sport qui la charmait. Ma religion était éclairée. La machination était limpide. Faire de la bicyclette, trouver un procédé pour obtenir un avortement, et rentrer un jour chez soi avec une hémorrhagie, une fausse-couche en disant que la bicyclette était la cause de cet avortement provoqué. Le Dr Verchère qui me l'avait défendu, m'avait bien prévenue. Hélas ! je n'ai pas su résister à la tentation, j'en ai fait malgré tout et le résultat est celui qui avait été annoncé par lui, une fausse-couche.

Tout s'expliquait clairement et nul ne pouvait soupçonner la manœuvre criminelle qui avait été faite, la bicyclette pouvait tout porter. Malheureusement pour ce petit programme, je ne me laissai pas prendre. Et après avoir su que cette bicycliste fervente ne faisait chaque jour qu'une heure de machine, sur une

piste de vélodrome, je lui dis très posément et très tranquillement que je ne voyais aucun inconvénient à ce qu'elle continuât à en faire, que jamais la bicyclette n'avait amené d'avortement, et que si elle faisait une fausse-couche, je ne croirais pas et qu'elle ne pourrait faire croire à personne que la bicyclette en était l'origine.

Elle partit fort désappointée, et a dû trouver quelque autre prétexte pour expliquer une fausse-couche, que certainement elle trouvera un moyen de provoquer.

Cette courte histoire nous montre à quel point peuvent être poussées les ruses de la femme pour rendre plausible un avortement qu'elle demande et qu'elle fait souvent pratiquer.

Il faut se défier et je le répète depuis de longues années, le cathétérisme utérin pratiqué inconsidérément a certainement provoqué plus d'avortements qu'il n'a donné de renseignements utiles au diagnostic.

En effet, que peut-il donner ? La profondeur de la cavité utérine et l'existence dans son intérieur d'une tumeur qui vient la remplir, et c'est tout.

Pour connaître la profondeur de la cavité utérine, est-il bien nécessaire d'avoir recours à l'introduction d'une tige rigide dans son intérieur ? Le toucher aidé du palper renseignera dans la plupart des cas, sinon dans tous, beaucoup plus exactement, et ce n'est pas une erreur d'un centimètre (la plus grosse que l'on puisse faire) qui pourra influer sur la détermination thérapeutique à prendre et sur le mode opératoire à choisir. Est-ce le cathétérisme qui nous donnera des notions exactes sur la situation ou la forme de l'utérus ? On connaît tous les hystéromètres plus ou moins coudés, plus ou moins brisés, qui permettent soi-disant de reconnaître une antéversion, une rétroversion, une antéflexion, une rétroflexion, et qui n'ont jamais démontré quoi que ce soit. Le doigt et la main, le toucher et le palper, si l'on sait les pratiquer, si l'on a quelque expérience vous rendront beaucoup mieux compte de la forme et de la situation d'un utérus que le cathéter le plus compliqué et le plus ingénieux.

Pourra-t-il trouver son utilité dans les allongements du col ? Je ne le crois pas, car il ne donnera pas plus que le toucher et le palper. Il indiquera la longueur totale de l'utérus entier, mais non la longueur comparative du col et du corps, c'est-à-dire

qu'il n'éclairera pas plus l'observateur que le palper et le toucher. Est-ce qu'il peut quelque chose pour nous renseigner sur l'état de la muqueuse utérine dans l'endométrite ? Nullement. Pour toutes les affections de l'utérus, son inutilité est flagrante, et il ne donne aucun renseignement qui soit de valeur à compenser les dangers qu'il fait courir. En sera-t-il de même dans les cas où il existe une tumeur soit utérine, soit péri-utérine ?

La tumeur utérine, qui peut indiquer le cathétérisme utérin est le polype intra-utérin ; dans ces cas il peut donner quelques renseignements ; mais ceux-ci n'ont d'importance qu'au point de vue opératoire ; c'est sous le chloroforme, c'est pendant l'acte opératoire qu'il est nécessaire de les obtenir, et dans ces cas je crois que la prudence exige toujours d'avoir soumis la malade à une observation assez prolongée pour que toute supposition de grossesse puisse être écartée ; c'est donc moins un véritable cathétérisme utérin qu'une intervention intra-utérine après dilatation que l'on devra pratiquer.

Si la tumeur présente un siège douteux, s'il est permis d'hésiter sur sa situation ; a-t-on affaire par exemple à un corps fibreux utérin ou à une salpingite ? Cet exemple paraît difficile à réaliser : il n'en est rien. Cette difficulté se présente souvent. A quoi sert encore le cathéter ? A montrer une cavité utérine augmentée dans le corps fibreux et de capacité normale dans la salpingite. Cela est vrai, mais quelle sera l'utilité de cette reconnaissance ? La détermination opératoire en sera-t-elle modifiée et ce seul signe permettra-t-il de lever tous les doutes et d'affirmer un diagnostic sans lui douteux et difficile ?

Le cathétérisme utérin, s'il est devenu une manœuvre sans danger au point de vue de l'infection, s'est beaucoup trop acclimaté dans nos mœurs gynécologiques. On le fait toujours, à tout propos, avec ou sans raison, peu importe. Le résultat est que les femmes le savent et amènent souvent sciemment le médecin à provoquer un avortement dont il est innocent, et qu'il ne sait même pas très souvent avoir commis.

Si le cathétérisme utérin, dans de très rares exceptions peut paraître indispensable, il ne faut le pratiquer qu'après avoir à plusieurs reprises examiné la malade et vérifié *soi-même* l'existence des règles. C'est dans les quatre ou cinq jours qui suivent les règles qu'on peut être autorisé à le pratiquer, et, *seulement*

dans ces conditions, on peut se mettre à l'abri des dangers que cette petite opération, en apparence bénigne, peut faire courir non seulement à l'embryon, mais encore au médecin lui-même.

Le cathétérisme utérin a produit plus d'avortements inconnus et méconnus qu'il n'a donné de renseignements utiles, aussi je ne saurais trop m'élever contre l'abus que l'on en fait actuellement et serais très heureux de le voir reléguer par les médecins prudents au nombre des explorations inutiles et dangereuses, et par suite exceptionnelles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Des eschares sacrées à la suite de l'hystérectomie vaginale.

M. Legueu (Paris). — Sur une série de quinze hystérectomies vaginales, j'ai observé deux fois des eschares sacrées. Une de mes malades était atteinte d'une suppuration pelvienne bilatérale, consécutive à un accouchement remontant à dix-huit mois. L'opération fut particulièrement difficile. L'utérus était solidement enclavé, il était insaisissable. Je ne pus l'extraire que par morcellement et il me fut impossible, malgré tout le désir que j'en avais, d'extirper les annexes ; je me bornai à ouvrir quelques poches, non sans avoir auparavant fait des efforts infructueux pour décoller et abaisser les annexes. Quatre jours après apparaissait au sacrum une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs, qui s'étendit encore et laissa à sa place une large plaie. Malgré le retard nécessité par la cicatrisation de cette plaie, la malade guérit.

Une autre malade, opérée par l'hystérectomie vaginale d'un fibrome, fut atteinte aussi d'une eschare sacrée. L'opération fut assez laborieuse ; le fibrome remontait à deux doigts au-dessus de l'ombilic, et il y avait en outre une masse du côté droit qui ne voulait pas descendre. L'opération dura une heure et demie. Trois jours après apparaissait au niveau du sacrum, une eschare qui s'étendit jusqu'à acquérir les dimensions de la paume de la main et plus. Un phlegmon se développa dans la fesse à la suite et sous

l'influence sans doute de cette eschare. Malgré cela, la guérison survint.

Le pronostic de cette complication n'est donc pas grave.

L'affection pour laquelle est faite l'opération n'a aucune influence sur cette complication.

La compression ne joue également aucun rôle ; c'est à une influence trophique qu'il faut rattacher l'apparition de ces accidents.

Ils se développent surtout à la suite des opérations laborieuses, qui nécessitent des manœuvres pénibles, au cours desquelles les nerfs sont tiraillés et irrités, et le trouble trophique qui s'en suit se caractérise par une eschare.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX

Août 1895.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

—

Symphyséorraphie.

M. Binaud (Bordeaux). — J'ai eu à soigner une femme chez laquelle les pubis après la section symphysienne ne purent être coaptés. Quelque temps après, j'ai opéré cette malade et j'ai trouvé, interposée entre les deux pubis, une esquille fibro-cartilagineuse, qui empêchait certainement la réunion. Le corps étranger enlevé, les sections du pubis furent avivées et suturées. Le résultat a été excellent.

M. Oui (Bordeaux). — Je veux faire remarquer que malgré des lésions très graves de la symphyse, fongosités, suppuration avec fistule persistante, les résultats de l'opération faite par M. Binaud ont été parfaits. J'ai récemment revu cette femme. La marche est très bonne. La femme est redevenue enceinte ; on a provoqué l'accouchement prématuré et l'enfant est mort. La femme elle-même est actuellement en très bon état.

M. Tarnier (Paris). — Après une symphyséotomie, quand l'articulation commence à se ressouder, les adhérences de nouvelle formation doivent pouvoir se rompre avec avec une grande facilité. Cela prouve bien la nécessité des appareils contentifs.

Traitement des vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse par le curettage.

M. Audebert (Bordeaux). — Dans certains cas de vomissements incoercibles, devant l'insuccès complet de tous les moyens thérapeutiques, l'accoucheur, par la force des choses, peut être amené à provoquer l'avortement. Il a à choisir entre un nombre considérable de méthodes, mais presque toutes sont passibles des mêmes reproches : basées sur la mise en action de la contractilité utérine, elles échouent quand l'utérus est peu irritable ; leur action est peu sûre, peu efficace, souvent aussi très lente.

Enfin, elles exposent à la rétention placentaire avec ses complications hémorragiques et infectieuses. Parfois même la rétention s'aggravera du fait de la persistance des vomissements qui ne cesseront qu'après l'évacuation complète de l'utérus. Récemment j'ai dû curetter une femme chez laquelle les vomissements qui avaient persisté malgré la mort et l'expulsion du fœtus cessèrent immédiatement après l'opération. Pour ces raisons : lenteur, inefficacité, possibilité d'amener la rétention placentaire avec ses conséquences, il me semble qu'il y aurait un intérêt majeur à débarrasser en un seul temps l'utérus de son contenu. On peut faire cette évacuation avec le doigt, mais l'observation de Marduel ne me parait pas encourageante et, pour ma part, je conseillerai de recourir au curettage instrumental précédé de la dilatation avec les tiges de Hégar.

A ce dernier procédé je reconnais les avantages suivants : action rapide et certaine ; évacuation totale de l'utérus et suppression des troubles réflexes (vomissements) ; hémorragie réduite à son minimum ; innocuité en des mains prudentes et aseptiques.

Et je propose son emploi toutes les fois qu'on voudra provoquer rapidement l'avortement artificiel, en insistant sur ses indications précises et sa valeur toute particulière dans les vomissements incoercibles des premiers mois de la grossesse.

Etiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

M. F. La Torre (Rome). — On doit considérer comme vomissements incoercibles de la grossesse ceux qui sont exclusivement liés à la grossesse même.

Les vomissements incoercibles gravidiques reconnaissent pour cause une lésion complexe du col utérin dépendant de l'état gravidique et caractérisée par un état congestif avec stase veineuse, œdème, compression des nerfs du col, exagération des propriétés musculaires ; l'altération du col devient par conséquent le point de départ des réflexes et des vomissements. Le traitement rationnel doit avoir pour but le repos absolu de l'estomac ; dont il faut nourrir les malades par la voie rectale et soigner la lésion du col.

Au commencement de la maladie, ce qui m'a bien réussi dans trois cas, c'est le glycérolat d'icthyol porté contre le col au moyen de tampons.

Quand la maladie a beaucoup progressé, l'obstacle à la libre circulation résidant dans la contraction des fibres musculaires du col et ne pouvant être éloigné par de simples pansements, il faut avoir recours à la dilatation mécanique.

Si les vomissements sont arrivés à leur troisième période, je crois qu'il ne reste plus rien à faire.

Comme traitement adjuvant du col, les calmants sur la colonne vertébrale peuvent être utiles. Le traitement médical, général ou local, doit venir en aide au traitement local utérin et non *vice versa*, comme l'on a fait jusqu'à présent.

L'ictère grave chez la femme enceinte.

M. Demelin (Paris). — J'en ai observé trois cas qui ont présenté les particularités suivantes :

Obs. I. — Ictère durant dix jours avant l'apparition des phénomènes nerveux ; pas d'hémorragies externes ; pas d'albuminurie, intégrité des urines à part la présence des pigments biliaires ; hypothermie. Mort après avortement provoqué (grossesse de cinq mois) et à la suite de phénomènes nerveux divers.

Obs. II. — Longue durée (plusieurs mois) de l'ictère avant l'apparition de tout autre symptôme. Hémorragies multiples et répétées ; absence d'albuminurie ; état normal des urines à part la présence des pigments biliaires ; mort après l'accouchement spontané à huit mois et mettant fin à une période d'accidents nerveux variés.

Obs. III. — Période prodromique faisant croire à de l'éclampsie manaçante ; courte durée de l'ictère (quatre jours en tout) ; hé-

morragies par diverses voies ayant débuté avant la jaunisse, présence dans les urines d'albumine, puis de sang pur et de pigment biliaires ; rapidité de l'évolution morbide et de l'accouchement. Survie de l'enfant et de la mère.

Si cette troisième malade a guéri, c'est que la durée des accidents a été courte et que les phénomènes nerveux ont presque complètement manqué : la maladie n'a pas évolué jusqu'à cette période toujours si grave et qui a, du reste, été mortelle pour les deux premières malades ; les deux femmes ont eu d'ailleurs de l'ictère pendant plus longtemps que la dernière.

Un fait important à relever, c'est l'absence d'albuminurie et l'intégrité relative des urines dans les deux cas mortels, tandis que dans le troisième, dont l'issue a été heureuse, les urines ont été modifiées en quantité et en qualité.

Les indications thérapeutiques sont, à part les reconsituants et les antiseptiques, la saignée et l'évacuation de l'utérus aussi précoce que possible. Ce qui fait l'insuccès habituel de l'intervention obstétricale c'est qu'elle arrive trop tard au moment où la période nerveuse fatale a déjà commencé.

Ligature du cordon ombilical. Nouveau procédé.

M. P. Budin. — Lorsque le cordon est gras la gélatine de Wharton, en se desséchant, laisse un espace libre entre le fil qui a servi à la ligature et les vaisseaux ombilicaux ; des hémorrhagies peuvent en être la conséquence. Pour éviter cet inconvénient j'ai recours au mode de ligature suivant :

a) On fait d'abord une ligature circulaire bien serrée, puis on sectionne le cordon à un centimètre au delà de la ligature.

b) On sépare les deux chefs du fil, et on fait, en les ramenant sur la surface de section de la tige funiculaire, une seconde ligature perpendiculaire à la première. Les vaisseaux du cordon se trouvent ainsi séparés, deux sont d'un côté, le troisième est de l'autre côté.

c et *d*) On termine en faisant successivement, avec les deux chefs du même fil, la ligature de chacune de ces moitiés du cordon.

Les ligatures passant au milieu de la gélatine de Wharton les vaisseaux sont forcément comprimés et on ne voit jamais d'hémorrhagie secondaire se produire.

M. Duprat. — Quand le cordon est très gras, j'ai l'habitude de laisser le cordon plus long et de le replier sur lui-même, de façon à faire une double ligature, sur chaque branche de l'anse de cordon ainsi formée, puis une troisième ligature englobant les deux branches.

M. Lefour (Bordeaux). — J'emploie des anneaux de caoutchouc qui tiennent toujours bien si on a la précaution de faire d'abord une première ligature au fil ordinaire rigide.

M. Budin. — Je ne suis pas l'ennemi des ligatures en caoutchouc ; mais on n'en a pas toujours sous la main, et par mon procédé, avec un simple fil, on a toute la sécurité que donnent les ligatures élastiques.

Phlegmon du ligament large pendant la grossesse.

M. Oui (Bordeaux). — J'ai observé pendant une grossesse un cas de phlegmon du ligament large qui devait être rattaché à une infection puerpérale antérieure. J'incisai et drainai cette collection purulente. Les suites opératoires furent parfaites jusqu'au douzième jour ; l'état de la mère était excellent ainsi que les battements du cœur de l'enfant. Au douzième jour, le drain ayant été retiré, la femme eut un accès fébrile, à la suite duquel l'avortement se produisit.

A mon avis, l'avortement ne doit pas être mis sur le compte de l'opération ni sur le compte du drainage. Je regrette, au contraire, d'avoir supprimé le drainage trop tôt. C'est la fièvre, due à la rétention du pus, qui a déterminé l'avortement.

Traitement de la septicémie puerpérale.

M. Verchère (Paris). — La septicémie puerpérale peut être regardée comme l'analogue de la septicémie chirurgicale telle que nous la voyions autrefois.

Il faut distinguer trois formes : une forme bénigne, légère, analogue à la fièvre traumatique et que l'on considérait comme une *fièvre de lait* ; une forme très grave, la septicémie puerpérale proprement dite ; et une forme à pronostic moins fatalement mortel, l'infection puerpérale, la septicémie puerpérale à foyers multiples analogues l'une à la septicémie chirurgicale aiguë, l'autre à l'infection purulente.

Toutes ces formes reconnaissent pour point de départ l'infec-

tion de l'utérus. C'est donc par l'antisepsie utérine que l'on arrivera à faire disparaitre la septicémie puerpérale comme la septicémie chirurgicale a disparu par l'antisepsie des plaies. Traiter les accouchées comme on traite les opérées : telle est la règle de conduite que l'on doit suivre.

Aussi, je conseille non seulement l'antisepsie préobstétricale et l'antisepsie pendant l'accouchement mais encore un véritable pansement rare, mais constant après l'accouchement. La délivrance terminée, lavages avec solution de sublimé à 1 °/₀₀, puis application intravaginale d'un tampon de gaze iodoformée qu'on laisse vingt-quatre heures. Nouveau pansement le deuxième jour, renouvelé seulement le sixième et le onzième. En tout quatre pansements. Par suite, économie de temps pour l'accoucheur et sécurité amenée par l'absence des soins nécessaires donnés par des mains étrangères et par suite toujours dangereuses.

Si l'infection utérine s'est produite, il faudra, dès le début, faire la désinfection intra-utérine aussi complète que possible dans les deux formes de septicémie. Cette désinfection sera faite soit par le simple lavage intra-utérin, soit associé au curettage s'il est nécessaire.

Enfin, le pronostic de la septicémie à foyers multiples suppurés, analogues à l'ancienne infection purulente, est moins fatalement mortel. Il faut dans cette forme poursuivre les foyers, les ouvrir largement, quelque nombreux qu'ils puissent être, quelle que soit leur localisation.

Sur un cas de streptococcie survenue au huitième mois de la grossesse.

MM. Bar et Renon (Paris). — Une femme est entrée à l'hôpital Saint-Louis avec une fièvre intense ; elle était enceinte de huit mois environ et avait quelques contractions utérines.

On put recueillir des secreta cervicaux avant toute intervention alors que les membranes étaient intactes. Les cultures montrèrent que ces secreta contenaient du streptocoque pur.

Vu le grave état de la malade on précipita la marche du travail.

On cultiva du sang placentaire maternel, des colonies pures de streptocoques se développèrent.

L'enfant avait succombé peu de temps avant la terminaison du travail.

On cultiva de son sang (pris au niveau du placenta, du foie, du cœur) ; des fragments de ses viscères, foie et poumon. Les cultures restèrent stériles.

La malade succomba cinquante-trois heures après l'accouchemnt malgré des injections de sérum de Marmorek et on trouva du pus dans le parametrium.

Dans ce fait, la streptococcie paraît avoir provoqué le travail ; si le fœtus a succombé, il ne semble pas que les streptocoques aient franchi le placenta et envahi l'organisme fœtal.

Rotation interne de la tête et circulaires du cordon.

M. Lefour (Bordeaux). — Les circulaires du cordon autour du col du fœtus peuvent, on le sait, quand ils sont trop serrés, amener la mort de l'enfant par gêne de la circulation fœtale et de la circulation funiculaire. Sous quelle influence les circulaires ont-ils à se serrer suffisamment pour amener ce résultat ? Pendant la grossesse, c'est sous l'influence des mouvements fœtaux. Pendant le travail les mouvements passifs imprimés au fœtus par la force expulsive utérine peuvent aussi aboutir au même effet. Je désire surtout attirer l'attention sur l'influence, à ce point de vue, du mouvement de rotation interne exécuté par la tête fœtale quand elle quitte l'orientation oblique pour se placer dans le diamètre pubio-sacré.

Supposons un circulaire déjà serré. Quand la tête commence son mouvement de rotation interne, suivant le sens de cette rotation et le sens d'enroulement du circulaire, ou bien celui-ci se desserre, ou bien il se resserre.

Ce dernier cas seul nous intéresse ; ce resserrement du cordon a d'abord l'effet connu de gêner la circulation fœtale au point quelquefois de pouvoir amener la mort du fœtus ; en outre, lorsque le cordon se trouve ainsi tendu, le mouvement interne de la tête, surtout dans les positions postérieures, ne s'effectue qu'avec une grande difficulté, puisqu'il a à lutter contre la tension du cordon. Il en résulte que dans ces cas on est souvent amené à compléter à l'aide du forceps le mouvement de rotation de la tête. Mais si, avec le forceps, on a une grande force pour compléter ce mouvement, d'autre part, on risque d'interrompre totalement la circulation funiculaire en exagérant la tension du cordon.

J'ai pourtant amené vivant un enfant extrait par le forceps

dans ces conditions ; il était en état de mort apparente et ne put être ranimé qu'au bout d'une heure et demie. Il a succombé le lendemain.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Tumeur complexe de l'ovaire droit. Kyste dermoïde et endothéliome.

MM. Lannelongue et Ch. Faguet (Bordeaux). — Chez une malade atteinte d'une tumeur complexe de l'ovaire droit, l'examen anatomo-pathologique nous montra qu'il s'agissait, dans ce cas particulier, d'un néoplasme constitué à la fois par un kyste dermoïde et un endothéliome.

C'est là une variété de tumeur rarement observée et décrite pour la première fois par Eckardt et Pomorski, qui l'appelèrent *endothéliome*, en raison de son origine : endothélium soit des fentes ou des capillaires lymphatiques, soit des vaisseaux capillaires sanguins.

L'évolution de ces néoplasmes est le plus souvent maligne et l'intervention chirurgicale doit être aussi précoce que possible.

Tumeur dermoïde du cul-de-sac de Douglas.

M. Barette (Caen). — Une jeune fille de seize ans présente en juin 1892 tous les symptômes physiques et fonctionnels d'une hématocèle rétro-utérine. Pendant six mois, la tumeur du cul-de-sac postérieur diminue progressivement. En janvier 1893, elle présente des phénomènes inflammatoires graves et on incise dans le cul-de-sac postérieur du vagin une vaste collection purulente. Pendant toute l'année, lavages de la cavité drainée qui reste fistuleuse. Un an après, la fistule est incisée largement et on peut pratiquer l'extirpation de masses de cheveux et enfin d'un fragment osseux d'apparence dentaire, implanté dans une sorte de poche dermoïde, portant de nombreux poils à sa surface interne.

M. Le Dentu (Paris). — J'ai soigné une malade qui avait présenté des symptômes absolument semblables à ceux de la malade de M. Barette. Fluctuation dans le cul-de-sac de Douglas, incision, sortie d'un flot de pus, fistule persistante.

Un jour, la cause de cette persistance me fut donnée : une superbe mèche de cheveux blonds se présenta par la fistule, et je

pus l'extraire par le vagin. Le diagnostic de kyste dermoïde s'imposait; mais comme il me semblait volumineux, au lieu d'opérer par le vagin, je fis la laparotomie. Bien m'en prit, car il existait non pas un, mais deux kystes dermoïdes, un dans chaque ovaire, et je pus les enlever par la laparotomie.

L'un des kystes avait suppuré à la suite d'une otite purulente contractée par la malade.

M. Lefour (Bordeaux). — J'ai opéré des cas semblables par la laparotomie, mais la suppuration avait tellement épuisé les malades qu'elles sont mortes malgré l'opération. Le pus était d'une fétidité repoussante.

M. Laroyenne (Lyon). — Il faut se garder d'ouvrir par le vagin des kystes dermoïdes suppurés, sous peine d'avoir des suppurations intarissables.

M. Tédenat (Montpellier). — J'ai observé un cas de suppuration de kyste dermoïde curieux par l'origine de la suppuration. Le kyste était adhérent à l'appendice iléo-cœcal, lequel était obturé et transformé en une poche pleine de pus.

Hernie inguinale de l'ovaire droit; castration unilatérale; guérison.

M. de Nazaris (Agen). — Une malade m'est adressée pour une tumeur inguinale d'apparence liquide, qui est périodiquement le siège de douleurs extrêmement violentes.

En 1882, à la suite d'une violente quinte de toux, apparition d'une petite tumeur du volume d'une petite noix, au niveau de l'orifice inguinal externe. Tumeur solide, mobile, peu sensible à la pression et irréductible. Quinze jours après, la tumeur avait les proportions d'un œuf. Le taxis est essayé sans succès. Le repos au lit, des cataplasmes amenèrent la réduction spontanée de la tumeur. Dès que la malade se lève réapparition de la tumeur. Deux ou trois mois après, douleur spontanée et constante à son niveau avec exagération douloureuse au moment des règles. Il y a deux ans, en 1893, la malade est prise de vomissements, la tumeur passe brusquement du volume d'un œuf à celui d'une orange et devient dure comme une pierre. Etat syncopal et vomissements durant vingt-quatre heures. Le lendemain, la tumeur devient molasse, fluctuante et la crise cesse. Deux mois d'accalmie, et, depuis cette époque, tous les quinze jours la tumeur de-

vient spontanément extrêmement dure, et les phénomènes douloureux avec vomissements réapparaissent.

Incision d'une poche à paroi mince, renfermant 200 grammes de liquide citrin, et au fond du sac, ovaire et trompe herniés, adhérents au niveau de l'orifice inguinal externe ; isolement de ces parties et ablation totale. Décortication de la poche, cure radicale ; plus de douleur ni de vomissements depuis l'intervention.

Il est à remarquer que la malade n'est plus réglée depuis quatre ans et c'est précisément depuis cette époque que les douleurs sont plus violentes et reviennent périodiquement tous les quinze jours, contrairement à ce qui est signalé dans les observations de hernies de l'ovaire publiées par les auteurs.

Polype et inversion utérine totale.

M. Verchère (Paris). — Lorsque l'on se trouve en présence d'une inversion irréductible, c'est-à-dire pour laquelle, sous le chloroforme, on aura tenté tous les moyens de réduction connus, lorsqu'il sera bien démontré que l'on doit avoir recours à une amputation de l'utérus, il faut, sans hésiter, laisser de côté les amputations partielles de l'utérus et recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale totale. Celle-ci permet d'enlever les trompes et les ovaires, ne laisse aucun moignon, qui puisse donner des complications ; enfin elle est d'une bénignité et d'une facilité inexprimables.

J'ajouterai qu'au point de vue opératoire il faut se défier du décollement exagéré du péritoine en avant, non que l'on doive craindre d'entraîner la vessie, mais qui peut induire en erreur et faire hésiter quelque temps. Aussi je conseillerai, dans les cas où l'inversion utérine est diagnostiquée avec certitude, d'inciser directement en arrière sur la ligne médiane le cul-de-sac postérieur, puis en introduisant un doigt qui vient se coiffer en avant du cul-de-sac antérieur, d'inciser verticalement le col et le cul-de-sac antérieur, de façon à ce que l'utérus ne tienne plus que par les culs-de-sac latéraux et le faisceau des ligaments intra-péritonéaux. A ce moment il sera possible de tenter la réduction problématique.

Si celle-ci ne réussit pas il deviendra facile de continuer l'hystérectomie, de séparer le faisceau des ligaments en deux demi-faisceaux, de porter l'un à droite, l'autre à gauche, d'abaisser

avec un doigt l'ovaire et la trompe de chaque côté, et de saisir au-dessus ces organes, avec deux pinces placées d'avant en arrière, qui assureront l'hémostase et seront laissées en place.

Il serait tout aussi facile de faire des ligatures, les parties à lier se trouvant en faisceaux très grêles sous les doigts et les yeux de l'opérateur.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myomes de l'utérus. Traitement rétro-péritonéal du pédicule.

MM. LANNELONGUE et CH. FAGUET (Bordeaux). — Nous employons dans le traitement chirurgical des fibro-myomes de l'utérus l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec traitement rétro-péritonéal du pédicule. Ce procédé nous parait mieux que tout autre applicable dans la plupart des cas, même lorsqu'il y a enclavement de la tumeur dans l'excavation pelvienne et nous semble atteindre le double but que recherchent les chirurgiens : 1° il assure l'hémostase d'une façon complète ; 2° il isole le pédicule de la cavité péritonéale qui se trouve ainsi protégée contre les infections susceptibles de provenir du vagin, quelquefois même malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Nous avons employé cette méthode dans *quatorze* cas ; nous comptons *douze* guérisons, *deux* décès. Le premier décès doit être attribué aux nombreuses conditions défavorables dans lesquels se trouvait la malade au moment de l'acte chirurgical (volumineuse hernie ombilicale, irréductible et douloureuse chez une femme âgée, intertrigo de la paroi abdominale, emphysème pulmonaire, myocardite) ; le second à des accidents urémiques.

Hystérectomie abdominale totale.

M. GOULLIOUD (Lyon). — J'ai une série de cinq cas heureux d'hystérectomie abdominale avec suppression du pédicule.

Le procédé employé, dans les trois derniers cas, se rapproche beaucoup des procédés connus d'hystérectomie abdominale totale, de ceux de Edehohls et de Delagénière, par exemple, sans leur être identique.

L'idée directrice est de chercher à faire quatre pédicules vasculaires sur les artères utéro-ovariennes et utérines, plutôt que des ligatures échelonnées sur toute la hauteur du ligament large.

Ces pédicules sont faits par décollement avec le doigt ; ceux des utéro-ovariennes, immédiatement après la laparotomie ; ceux des artères utérines après la taille et le décollement d'une large collerette péritonéale. Après section du vagin autour du col et ablation de la tumeur, on lie avec transfixion ces pédicules provisoirement pris avec une pince-longuette. On a une sécurité absolue pour l'hémostase.

Le second objectif poursuivi est de fermer complètement la plaie de la laparotomie, sans drainage abdominal, et de recourir au drainage vaginal pour une grosse mèche de gaze iodoformée.

Ce procédé supprime toute instrumentation spéciale, les sutures péritonéo-vaginales, la ligature élastique, qui n'est appliquée qu'en cas de sécrétion utérine abondante, pour éviter tout écoulement lors de l'ablation de l'utérus par l'abdomen.

De l'hystérectomie totale abdominale.

M. Pestalozza (Florence). — L'indication essentielle la plus ordinaire de cette opération est fournie par les fibromes utérins.

J'y ai eu recours dix-sept fois avec treize guérisons. Cette méthode opératoire va peu à peu se substituer aux procédés de traitement intra et extrapéritonéal du moignon. Une autre indication est fournie par les cancers de l'utérus ; j'ai opéré quatre fois avec succès par l'ancienne méthode de Freünd, qui est sans doute préférable pour les cancers du corps, et, peut-être, dans certains cas de cancer du col ; elle garantit mieux une complète ablation des ligaments larges tout en exposant à une plus facile inoculation du péritoine et de la brèche abdominale.

Les indications complémentaires sont :

1° Collections tubaires purulentes volumineuses bilatérales : quand on a extirpé les annexes, il y a tout avantage à supprimer l'utérus saignant, organe désormais inutile ; je compte sept cas de ce genre : un seul cas de mort, où il y avait une fistule ancienne tubo-intestinale, qui ne put être suffisamment réparée ;

2° Tumeurs malignes bilatérales des ovaires (sarcomes, endothéliomes, épithéliomes), où l'ablation de l'utérus diminue les craintes d'une récidive si fréquente dans ces cas (un seul cas) ;

3° Fibromes du segment inférieur enclavé imposant l'opération césarienne. J'ai opéré un cas avec succès pour la mère et l'enfant ;

c'est le deuxième cas de ce genre à ma connaissance, le premier a été opéré par Fritsch, et la femme mourut.

Il a été conseillé même d'étendre cette indication à tous les cas où l'opération de Porro est indiquée ;

4° Opérations pour grossesse extra-utérine. Pour ces cas, très rares à la vérité, où l'hémostase est extrêmement difficile, comme dans la grossesse près du terme, j'ai opéré deux fois dans ce sens et avec succès ; une fois pour grossesses intra et extra-utérine simultanées, une fois dans un cas de laparotomie primaire pour grossesse extra-utérine à terme.

M. Reverdin (Genève). — Grâce aux tractions *continues*, il est possible d'opérer très vite et d'arriver très aisément sur le col utérin. En effet, les tractions continues permettent d'attirer le vagin très haut, beaucoup plus haut qu'on n'aurait pu le supposer *a priori* ; tout comme celles qu'on exerce par le vagin sur la matriee amènent celle-ci à la vulve. Il y a un grand avantage à remplacer les mains d'un aide qui se fatigue à soulever de lourdes tumeurs, par un appareil facile à rendre plus aseptique que les mains les plus soignées, appareil ne prenant aucune place et ne subissant aucune faiblesse.

Je recommande de ne pas exagérer les tractions, car on perdrait de la sorte tout le bénéfice des déviations latérales qu'on peut imprimer à une tumeur qui est seulement suspendue, soutenue, mais qu'on n'obtiendrait plus si la tension dépassait certaines limites.

Infection péritonéale post-opératoire à staphylocoques.

MM. Pichevin et Petit (Paris). — Une péritonite aiguë se déclare à la suite de l'écoulement du muco-pus contenu dans l'utérus (hystérectomie abdominale totale pour fibrome). Deux jours après l'opération, examen d'une goutte de pus trouvée sur une pince qui étreignait un ligament large : beaucoup de cocci de 1 μ ; quelques chaînettes de 3-4 éléments, rares diplocoques. Ouverture immédiate du ventre, malgré l'apyrexie et le peu de fréquence des pulsations, 84. Péritonite généralisée, fausses membranes rares, vascularisation et dilatation de l'intestin, stagnation d'une sérosité sale. Lavage, 20 litres d'eau boriquée et d'eau salée. Guérison. Le pus pris sur la pince et dans la cavité abdominale contenait exclusivement des staphylocoques blancs

et a servi à faire des expériences sur des souris, des cobayes et des lapins.

Il a été établi par les expériences de Wegner, Grawitz, Pawlosky, Bumm, etc., que les malades qui meurent après une laparotomie succombent à une infection péritonéale, même quand on ne trouve dans le cœlome que très peu de lésions. Dans la sérosité péritonéale existent des germes pathogènes en nombre considérable. La présence du pus dans le péritoine est la preuve de la résistance de la séreuse à l'envahissement des microbes. Il y a eu phagocytose. La péritonite purulente est une péritonite atténuée, si on la compare à la forme mycositique de Pawlosky. Aussi Lawson-Tait avait-il raison de dire, en 1886, que la cure de la péritonite purulente lui avait donné de grandes satisfactions.

Voici le résumé de nos expériences :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques blancs dans du bouillon étendu d'eau ne produit pas de péritonite (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhouse, Burquisky, contrairement à Pawlosky) ;

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en quatorze jours ;

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en cinq jours ;

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte dans la cavité péritonéale du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite) ;

7° La virulence des staphylocoques s'accroît singulièrement par le passage sucessif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin ;

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le cœlome produit une inflammation péritonéale ;

9° L'injection de sang et de ces staphylocoques à virulence très

exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de vingt heures. La péritonite est déjà intense quatre heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burquisky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques provenant du pus péritonéal de notre malade introduits dans le cœlome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après différents passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est « contagieuse » ; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés ;

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et *surtout* du degré de virulence des germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant leur virulence, peuvent tuer les animaux en quatorze jours, en cinq jours, en moins de vingt heures.

Le diagnostic de péritonite doit être fait de bonne heure (facies, pouls, ballonnement, vomissements et examen de la sérosité péritonéale). Un diagnostic précoce permet une intervention hâtive qui, seule, peut sauver l'opéré. On lavera le péritoine avec une vingtaine de litres d'eau salée ou boriquée.

Dilatation-drainage de l'utérus par les mèches de gaze glycérinée dans le traitement de l'endométrite.

M. R. Blondel (Paris). — Le traitement de l'endométrite comporte, de par la nature de l'affection, deux indications essentielles à réaliser : détruire les organismes pathogènes et réparer les lésions de la muqueuse. Les grands lavages intra-utérins ne conviennent qu'aux cas légers et récents où le gonocoque est en cause, et où le permanganate se trouve ainsi indiqué ; on peut compter dans une certaine mesure sur l'action de celui-ci en profondeur, comme l'a annoncé Janet, mais le gonocoque est toujours, chez la femme, associé à d'autres organismes que le permanganate respecte, et l'emploi du sublimé ou de l'ichtyol devient tôt ou tard nécessaire.

De plus, quand la blennorrhagie utérine est dans la période aiguë, le traitement abortif, théoriquement indiqué, est souvent dangereux ; l'introduction des sondes irrigatrices et surtout des

bougies qui leur préparent la voie, créent autant de traumatismes correspondant à des effractions du tissu cellulaire, par lesquelles le gonocoque gagne les voies lymphatiques pelviennes et crée la périovarite et la périsalpingite d'emblée avant toute propagation par la continuité de la muqueuse.

Les tampons glycérinés sont un excellent moyen de réaliser indirectement l'antisepsie, en provoquant une hypersécrétion qui balaie les culs-de-sac glandulaires et épuise les colonies microbiennes qui les habitent : cette méthode correspond au traitement de la blennorrhagie masculine par les boissons délayantes : la tisane d'orge, la bière en excès, les grands bains. C'est un procédé de grande valeur, mais qui peut rarement conduire la guérison jusqu'au bout. En tout cas, il faut placer les tampons glycérinés dans la cavité utérine elle-même, pour que tout l'appareil glandulaire de l'organe soit influencé.

Les laminaires sont un excellent procédé pour étaler la muqueuse et la rendre accessible aux divers topiques : elles sont, souvent, d'un emploi difficile. Elles sont comparables aux bougies, au point de vue du traumatisme pour l'introduction. Elles restent mal en place ; placées trop profondément elles viennent, en se dilatant, buter contre la lèvre du col, l'excaver et au besoin, le perforer, comme j'en ai observé un cas.

Introduites moins profondément elles s'échappent prématurément, ne dilatant pas le fond de l'organe, et peuvent venir blesser ou même perforer la cloison recto-vaginale.

Je préconise, à mon tour, la méthode suivante, qui s'inspire, à la fois, des diverses indications à remplir dans le traitement de l'endométrite. Le vagin étant soigneusement désinfecté, j'abaisse le col avec une pince à mors très arqués, dont le pincement n'est jamais douloureux. Au moyen d'un porte-mèche échancré à une extrémité, comme celui des trousses, mais deux fois plus long et incurvé, comme un hystéromètre, je pousse doucement dans la cavité utérine une mèche de gaze salolée ou phéniquée imbibée d'une solution de sublimé à 1/500e dans de la glycérine très épaisse. Le vagin est ensuite méthodiquement rempli de tampons de ouate glycérinée. Le pansement est retiré au bout de vingt-quatre heures : grand lavage utérin au sublimé à 1/2000e ou au permanganate à 1/1000e selon les cas ; introduction d'une mèche volumineuse, tassée dans la cavité utérine, et ainsi chaque jour.

La dilatation est complète et admet l'index chez les multipares au bout de quatre jours, chez les nullipares au bout de sept jours ; elle est généralement tout à fait indolore, avantage considérable sur les laminaires. La mèche dilate surtout par l'action de la glycérine qui ramollit la muqueuse, accumule les sécrétions utérines en arrière de la mèche, et fatigue la fibre utérine par son action excitante, jusqu'à amener son atonie et la dilatation par une force très légère. Le sublimé que renferme la glycérine exerce son action antiseptique, non passagèrement, comme dans les lavages, mais d'une façon continue ; aucun danger d'intoxication ni même d'action caustique n'est à craindre toujours grâce à la présence de la glycérine.

Le traitement dure environ trois semaines. Sur quatre-vingt-deux cas traités à ma clinique depuis deux ans, j'ai eu soixante-quatre guérisons par la dilatation et les lavages ; sur les dix-huit insuccès, quatorze ont guéri par le curettage, complété dans six cas par l'amputation de Schröder. Dans ce chiffre figurent quarante-trois cas ou l'endométrite était associée à des lésions inflammatoires des annexes : il a donné huit guérisons sur huit pour les cas pris au début et vingt-trois sur trente-cinq pour les cas anciens ; sur les douze cas rebelles, huit étaient d'origine puerpérale, et sept d'entre eux ont guéri par le curettage.

Au point de vue étiologique les cas d'origine puerpérale ont fourni 75 °/₀ de guérison, et ceux d'origine blennorragique 78 °/₀. Dans ce nombre ne figurent pas les endométrites compliquées de lésions traumatiques du col qui ont été traitées d'abord par la réparation chirurgicale de ces lésions. En somme, quarante-trois cas de salpingo-ovarite compliquant la métrite, et traités uniquement par la dilatation suivie du drainage, ont donné trente et une guérisons, dont quatre suivies de grossesse. Deux fois seulement j'ai dû pratiquer la laparotomie et faire l'ablation des organes.

Kyste hydatique de l'ovaire.

M. Demons. — J'ai récemment opéré une jeune femme qui portait dans le bassin une tumeur manifestement kystique, incluse dans le ligament large, grosse comme une tête d'enfant. Je fis la laparotomie ; il s'agissait d'un kyste hydatique de l'ovaire droit, coexistant avec un kyste de l'épiploon et un kyste du mésentère ;

les trois tumeurs accolées les unes aux autres formaient une seule masse. Les kystes furent marsupialisés et la femme guérit.

Les kystes hydatiques de l'ovaire sont rares et difficiles à diagnostiquer. Dans le cas actuel, on avait successivement pensé à un fibrome et à un kyste séreux. Cinq ans avant l'opération, la femme étant enceinte, avait éprouvé des douleurs telles qu'on dut provoquer l'avortement ; on avait constaté, dès cette époque, la présence d'une petite tumeur sur le côté droit de l'utérus en rétroversion ; deux autres grossesses purent être menées à terme, mais les accouchements furent très difficiles et les enfants ne vécurent que très peu de temps. Chaque grossesse était marquée par un rapide accroissement de la tumeur. L'absence d'hémorragies et la fluctuation de la tumeur devaient faire penser à un kyste ; mais il était impossible de prévoir qu'il s'agissait d'un kyste hydatique ; le diagnostic ne pourrait être soupçonné que par la constatation de tumeurs multiples ; il y avait bien dans notre cas trois kystes, mais ils étaient accolés et formaient une seule tumeur.

COMMUNICATIONS DIVERSES.

M. Bœckel (Strasbourg). — *Kyste de l'ovaire suppuré.*

M. Candela (Valence). — *Trachélorexie.*

M. Lefour (Bordeaux). — *Tiges métalliques intra-utérines* (1).

M. Heydenreich (Nancy). — *Intervention par la voie rétro-vaginale dans l'atrésie acquise du vagin.*

M. Monod (Bordeaux). — *Grossesse vingt-deux mois après une amputation du col pour cancer.*

M. Pichevin (Paris). — *De l'élytrotomie et de la cœliotomie vaginales.*

M. Dausse (Bordeaux). — *Imperforation vaginale.*

M. Binaud (Bordeaux). — *Les crayons de chlorure de zinc ; leurs résultats éloignés.*

M. Chavannaz (Bordeaux). — *Kyste hydatique de l'os coxal.*

M. Monod (Bordeaux). — *Leucoplasie vulvo-vaginale.*

M. Boursier (Bordeaux). — *De l'uréthrocèle.*

M. Duret (Lille). — *Aspiration des liquides secrétés dans le cul-de-sac péritonéal après les laparotomies laborieuses.*

E. Apert.

(*Bulletin Médical.*) (*A suivre*).

(1) Voir notre article de Revue de gynécologie du mois dernier.

REVUE DE LA PRESSE

LES GASTRORRHAGIES A TYPE MENSTRUEL.

Sous ce titre, nous trouvons, dans le numéro du 13 mars 1895 de la *Semaine Médicale*, l'analyse d'un travail de M. le docteur L. Kuttner, assistant de clinique du professeur Ewald, de Berlin, dont nous voulons rendre compte à nos lecteurs.

D'après les observations de l'auteur, les gastrorrhagies liées à la fonction menstruelle se montreraient beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit ordinairement. Il y a déjà longtemps, sans doute, que, sous le nom de xénoménie, on connaît les déviations des hémorrhagies menstruelles. On sait que ces hémorrhagies peuvent se faire dans différents organes. Parfois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, elles apparaissent dans le poumon ; d'autres fois, elles se font par la muqueuse intestinale. Il est des cas où on les rencontre sur la muqueuse nasale ; il en est même où elles apparaissent sur la conjonctive oculaire. Les hémorrhagies de ce genre qui se font sur la muqueuse gastrique ne sont pas rares. Dans tous ces cas, il s'agit, selon l'expression de M. le docteur Kuttner, d'une menstruation vicariante. Mais, et ces faits sont de beaucoup moins connus que les précédents, il arrive souvent aussi que les hémorrhagies gastriques en question se montrent concomitamment avec la menstruation, il y a alors à la fois hémorrhagie utérine et hémorrhagie gastrique, et, dans ces cas, l'écoulement sanguin de la muqueuse stomacale se fait périodiquement à toutes les époques mensuelles. Ces hémorrhagies passent très fréquemment inaperçues, parce qu'elles ne donnent lieu ni à des hématémèses, ni à du mœléna ; d'autres fois, on les confond avec des hémorrhagies provenant d'un ulcère simple de l'estomac.

Ces hémorrhagies gastriques à type menstruel, après les observations de M. le docteur L. Kuttner, se rencontrent principalement chez les jeunes filles chloro-anémiques, chez les hystériques, chez les neurasthéniques. Tantôt elles apparaissent quelques jours avant les règles ; tantôt elles se montrent au moment même de l'époque cataméniale, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'écoulement sanguin par les organes génitaux. Ordinairement, elles se répètent régulièrement tous les mois au même moment ; mais il arrive parfois qu'elles surviennent après un temps plus long et sans régularité. Pendant le

temps où elles n'existent pas, on ne rencontre habituellement aucun symptôme morbide du côté de l'estomac.

La quantité de sang de ces hémorrhagies est très variable. Dans un certain nombre d'observations, l'hémorrhagie s'est montrée plus ou moins abondante, mais toujours inférieure à ce qu'elle est habituellement dans l'ulcère rond, et elle a donné lieu à une hématémèse. Dans d'autres cas, la quantité de sang écoulé à la surface de l'estomac était si peu abondante, que la présence de ce liquide, soit dans le contenu stomacal, soit dans les matières fécales, ne pouvait être décelée par l'examen ordinaire et qu'il fallait recourir à un examen microscopique ou chimique.

Dans certaines des observations de M. Kuttner, des femmes atteintes d'ulcère rond de l'estomac ont aussi présenté cette particularité que leurs hémorrhagies étaient à type menstruel, c'est-à-dire qu'elles se montraient au moment des règles, ou bien encore qu'elles étaient plus abondantes à ce moment qu'à tout autre.

Il est à remarquer aussi que ces hémorrhagies gastriques à type menstruel ne sont jamais assez abondantes pour menacer la vie des malades, comme le fait se remarque dans le cas d'ulcère rond. De plus, comme la quantité de sang perdue par les malades est habituellement minime et qu'il se passe un certain temps entre les deux hémorrhagies consécutives, l'organisme a le pouvoir de se refaire dans cet intervalle, et l'anémie qui résulte de ses pertes sanguines n'est jamais bien prononcée.

Les hémorrhagies stomacales à type menstruel se manifestent ordinairement par les symptômes suivants : Au moment où se fait la perte de sang, la malade, qui jusque-là était bien portante ou ne présentait que quelques troubles nerveux ou dysménorrhéiques, se sent prise de vertiges, de faiblesse et de nausées ; bientôt survient chez elle un sentiment de plénitude dans l'estomac, puis apparaît un vomissement de sang. Après cette hématémèse, la faiblesse augmente encore, et cependant la malade se sent plutôt soulagée. Il peut y avoir ainsi deux, trois vomissements et plus encore, et, les jours suivants, on peut constater une certaine quantité de sang dans les selles. L'hémorrhagie gastrique s'arrête après ces quelques vomissements, mais, généralement, pendant toute l'époque menstruelle, on constate des troubles dyspepsiques qui disparaissent ensuite. Il est à remarquer aussi que, pendant tout ce temps, on trouve de l'hypochlorhydrie et même de l'anachlorhydrie absolue du suc gastrique.

On comprend qu'il est parfois difficile de faire le diagnostic entre les hémorrhagies gastriques à type menstruel et celles qui proviennent d'un ulcère rond de l'estomac, ou d'un cancer de cet organe. De même, il sera parfois difficile de faire le diagnostic avec les hémorrhagies provenant des poumons, de l'œsophage ou même du pharynx. Dans tous les cas, il sera nécessaire de faire un examen des plus minutieux des malades. Après avoir écarté du débat les hémorragies qui peuvent avoir pour point de départ les autres organes, on pensera aux hémorrhagies gastriques à type menstruel, quand, chez les malades, on aura constaté la présence de troubles des fonctions digestives pendant la période menstruelle et l'intégrité de ces fonctions dans les autres moments. L'existence d'un état de chloro-anémie chez les malades, celle de l'hystérie, de la neurasthénie seront des conditions qui pourront encore faire songer à la possibilité des hémorrhagies à type menstruel. La constatation de l'hypoacidité et de l'anachlorhydrie du suc gastrique aura une très grande valeur pour établir le diagnostic différentiel avec l'ulcère rond, puisque l'on sait que, dans le cas de cet ulcère, c'est l'hyperchlorhydrie que l'on rencontre. Enfin et surtout, l'inutilité du traitement de l'ulcère rond qui ne fera pas cesser les hémorrhagies à type menstruel sera une des meilleures bases du diagnostic dans ces cas. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces hémorrhagies à type menstruel peuvent même se rencontrer chez des femmes qui sont atteintes d'ulcère simple de l'estomac.

Mais, comme il a été dit plus haut, il peut arriver que la quantité de sang ne soit pas suffisante pour déterminer l'apparition d'une hématémèse, et que même il soit impossible, à la vue seule, de reconnaître le sang dans le contenu de l'estomac ou dans les matières fécales. Dans ces cas, pour déceler le sang, il faut recourir à l'un ou à l'autre des deux procédés conseillés par M. le docteur Kuttner, et que l'auteur de l'article de la *Semaine médicale* décrit en ces termes :

« Dans le premier (procédé de F. Muller et H. Weber), on mélange une petite quantité du contenu stomacal avec quelques centimètres cubes d'acide acétique concentré et d'éther sulfurique, puis on agite et on laisse surnager l'éther ; ce temps de la manipulation peut être encore accéléré par l'adjonction de quelques gouttes d'alcool. En présence du sang, l'éther se colore en rouge brun (par l'acétate d'hématine). La bile peut également colorer l'éther, mais, dans ce cas, la coloration, moins intense, est d'un brun jaunâtre. Pour s'assurer que

la coloration de l'éther est bien due au sang, on verse dans une éprouvette renfermant un peu d'extrait éthéré du contenu stomacal, un mélange de teinture de gaïac et d'essence de térébenthine, lequel en présence du pigment sanguin, se colore en vert ou en bleu.

« Le second procédé (celui de Korzynski et Jaworski) consiste à mélanger, dans un petit vase de porcelaine, la substance que l'on veut examiner avec une faible quantité de chlorate de potasse et une goutte d'acide chlorhydrique concentré, puis à chauffer lentement le mélange jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de dégagement de chlore. Ensuite, on ajoute une ou deux gouttes d'une solution étendue de ferrocyanure de potassium : on obtiendra alors, si le mélange contient du pigment sanguin, une coloration bleue manifeste (réaction du bleu de Prusse).

Pour traiter les hémorrhagies gastriques à type menstruel, il convient, tout d'abord, de prescrire aux malades le repos au lit. On appliquera de la glace sur la région stomacale ; on fera prendre à la malade de petits morceaux de glace et des boissons glacées, et l'on s'abstiendra de toute alimentation par la bouche ; si l'hémorrhagie se prolongeait, on pourrait avoir recours, pour soutenir la patiente, aux lavements alimentaires. Ordinairement, ces moyens suffiront pour arrêter l'hémorrhagie ; mais, dans le cas contraire, il faudrait alors faire des injections sous-cutanées d'ergotine avec ou sans morphine, et pratiquer des lavages de l'estomac à l'eau glacée. Il est bien entendu que ces lavages devront se faire avec les plus grandes précautions.

Enfin, pour empêcher les récidives de ces hémorrhagies à type menstruel, il faudra instituer un traitement général qui aura pour effet de combattre la neurasthénie, l'hystérie et la chloro anémie, puisque ce sont les maladies que l'on rencontre chez les personnes qui présentent les hémorrhagies en question. Il ne faut pas oublier non plus que certaines maladies de l'utérus, les métrites en particulier, sont assez souvent la cause de ces hémorrhagies stomacales, et agir en conséquence, si on les rencontre chez les malades que l'on a à traiter.

PROPAGATION DES AFFECTIONS VULVO-VAGINALES DE L'ENFANCE AUX ORGANES GÉNITAUX INTERNES ; PÉRITONITES CONSÉCUTIVES.

Le Dr Ar. Martin apporte dans sa thèse, un certain nombre de faits à l'appui de cette opinion que les vulvo-vaginites si fréquentes chez les enfants ne sont pas toujours si inoffensives qu'on est tenté de le

croire en général, et qu'elles peuvent être le point de départ d'affections des organes génitaux internes et surtout des péritonites.

D'ailleurs Säenger, de Leipzig, au congrès de gynécologie, a remarqué que la vulvo-vaginite des enfants est, à cause de la possibilité de sa propagation aux organes génitaux internes et au péritoine, une maladie sérieuse. Il fait remarquer à ses collègues que souvent, chez les jeunes personnes de 15 à 20 ans, on trouve des traces de pelvi-péritonite antérieure sans que souvent on puisse obtenir d'éclaircissement sur leur origine et leur état aigu.

Etant donné la fréquence des complications utérines, pelvi-péritonéales, etc., que l'on observe chez l'adulte, on peut se demander pourquoi, bien qu'à un degré moindre, ces complications n'existeraient pas chez l'enfant dont l'écoulement renferme très souvent le gonocoque de Neisser.

Ce sont des faits de cet ordre qu'a réunis M. Martin, et de leur ensemble résulte le fait d'une façon très nette que parfois au cours des vulvo-vaginites, les organes génitaux internes peuvent être touchés sans qu'aucun symptôme morbide apparent se montre ; que d'autres fois le péritoine peut être touché et réagir violemment, mais qu'alors même que le tableau clinique est en tous points celui d'une péritonite, les accidents peuvent rétrocéder et la santé complètement se rétablir. Enfin que, dans certains cas, la péritonite continue à évoluer, que la suppuration devient abondante et qu'alors la mort semble fatale très rapidement dans certains cas, en quelques jours au plus dans d'autres.

Le pronostic de la vulvo-vaginite ne doit donc pas être considéré comme indifférent, sans que cependant on doive aller aussi loin qu'un américain, Andrew F. Currier, de New-York, qui croit que toute vulvo-vaginite de l'enfance peut laisser des traces ; il lui semble extrêmement probable que beaucoup des utérus déformés et atrophiés avec lesquels sont associés si souvent la dysménorrhée, la stérilité, sont des conséquences légitimes de la vulvo-vaginite du jeune âge.

Le traitement de la vulvo-vaginite a donc une grande importance : M. Martin décrit très complètement la manière dont sont faits les lavages avec la solution de permanganate de potasse au millième, procédé qui est le plus usité à l'hôpital des Enfants et qui donne d'excellents résultats, pourvu qu'il soit fait avec soin.

L'enfant est placée dans la position obstétricale, couchée en travers de son lit sur un carré de caoutchouc dont les deux coins, pendants

[illegible] pour former [illegible] qui contient le liquide ayant servi, dans un seau [illegible] la personne qui fait le lavage. Le lavage est fait avec un [illegible] ordinaire contenant un demi-litre de la solution au permanganate à [illegible]. On commence la désinfection par la région clitoridienne, la vulve et l'anus. Puis on adapte à la canule une petite sonde que l'on fait pénétrer dans le vagin.

La sonde est soit une petite sonde en caoutchouc très petite à œil latéral ; soit, mieux, une sonde de même calibre terminée par une petite tête sur les côtés de laquelle se trouvent deux yeux. Cette dernière sonde a l'avantage de mieux rester dans le vagin, de ne pas être chassée par le liquide qui revient du vagin et de laver mieux par ces deux yeux.

L'introduction de la sonde est toujours facile, l'orifice de l'hymen est toujours assez grand pour l'introduction.

On fait passer ainsi dans le vagin deux tiers du liquide ; puis on termine la désinfection par un lavage du clitoris, de la vulve et de l'anus.

L'injection n'est pas douloureuse. Souvent, quand la vulvite est récente, il y a amélioration dès le premier lavage ; mais il faut continuer les lavages plusieurs jours après la disparition de tout écoulement, sous peine de le voir réapparaître après quelques jours.

Ce traitement a paru le meilleur pour les vulvites récentes où l'examen bactériologique montre le gonocoque à l'état de pureté.

Quant aux vulvites anciennes, les lavages au sublimé, à la résorcine, à l'eau boriquée, conviennent, semble-t-il, aussi bien que les lavages de permanganate.

(Les taches de permanganate sur les mains disparaissent par un lavage fait avec quelques gouttes d'une solution de bisulfite de soude.)

(*Journal de Méd. et de Chir. prat.*)

GROSSESSE AVEC UTÉRUS ET VAGIN BIFIDES.

M. Matveieff rapporte, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou, l'observation d'une femme primigeste entrée à l'hôpital au début du neuvième mois de la grossesse avec des douleurs d'accouchement commencées depuis la veille.

Au toucher vaginal et avant l'expulsion du fœtus, on constata l'existence d'un cloisonnement antéro-postérieur du vagin, se prolongeant

au delà de l'orifice externe du col utérin. Après l'expulsion du fœtus (petit, 1500 grammes), la main introduite dans l'utérus permet de se rendre compte que l'organe lui-même est divisé en deux parties inégales. La grossesse s'est faite dans la partie droite. D'après M. Matveïeff cette segmentation de l'utérus expliquerait la petitesse de l'enfant et l'accouchement prématuré. En 1889, Riedinger a publié une observation d'une femme à utérus double, où l'on fut forcé d'intervenir par l'opération césarienne. Des observations de Ruge, une est surtout instructive, celle d'une malade à utérus et vagin cloisonnés, ayant déjà fait deux fausses couches. Le professeur Schroeder a fait chez elle la section de la cloison vaginale et la troisième grossesse a évolué jusqu'à terme. M. Matveïeff se demande s'il ne faut pas agir de la sorte chez la malade dont il communique l'observation. (*Wratsch*, 1894, p. 475.)

VARIÉTÉS

—

GROSSESSE TRIPLE. — Une fille de treize ans, de Roxbury (Connecticut), est accouchée de trois enfants (un garçon et deux filles) pesant ensemble vingt-trois livres (un peu plus de dix kilogrammes). Le père est âgé de seize ans. La mère est robuste et plus développée que la moyenne des filles de son âge. Elle est la sœur d'un fermier et son mari est garçon de ferme. (*New-York Medical Times*).

—

PAROTIDITE ET PSYCHOSE A LA SUITE D'UNE OVARIOTOMIE. — Les gynécologues ont la prétention de guérir des troubles nerveux et mentaux chez les femmes qui ont une maladie de l'ovaire, en pratiquant l'ablation de l'organe malade. Or, il ne manque pas de faits propres à établir que l'ovariotomie peut avoir un retentissement fâcheux sur les facultés intellectuelles des opérées. On sait aussi qu'une ovariotomie peut entraîner à sa suite, une inflammation de la glande parotide.

Dès 1880, Moricke relevait cinq exemples de ce genre de complications, et en 1887, Bumm (*Centralblatt für Gynækologie*, 1887, n° 44, p. 704) dressait une statistique de 17 cas de parotidite suppurée consécutive à une ovariotomie.

Un auteur allemand, le Dr Everke, vient de publier (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 20, p. 319) l'observation d'une femme de 45 ans, qui à la suite d'une ovariotomie a été prise à la fois

d'une parotidite suppurée et de troubles mentaux. Cette femme avait été opérée d'un kyste de l'ovaire gauche, du poids de 16 livres. Cinq jours après l'opération la parotide droite se mit à enfler. Cette tuméfaction progressa les jours suivants. Au 14e jour, on constatait de la fluctuation. On incisa le foyer et on donna issue à du pus. La malade avait été chloroformée. Le soir de ce même jour elle tomba dans un état de fureur indescriptible ; elle n'avait plus conscience de ce qu'elle disait et de ce qu'elle faisait. Elle mordait les personnes qui l'approchaient, elle leur lançait des crachats. Il fallut lui lier les mains.

Le lendemain on fit de nouvelles incisions dans la glande parotide malade et on y introduisit des drains. T. 40°5, P. 120. La malade se calma, mais elle ne reprit connaissance que le surlendemain. Le 29e jour après l'opération, elle était complètement rétablie.

M. Ewerke a mentionné un autre cas de parotidite double, qu'il avait observé précédemment chez une femme à la suite d'une extirpation des annexes. Puis il a relaté le cas d'une femme qui réalisait un exemple de grossesse tubaire ; le kyste fœtal s'étant rompu on pratiqua une laparotomie. Immédiatement après l'opération, la femme, qui jusque-là avait toujours été saine d'esprit, manifesta un grand contentement ; elle éprouvait une soif très vive. Dans le courant de la journée, comme on lui avait refusé un supplément de boisson, elle jeta un regard égaré sur le médecin au moment d'une visite de ce dernier. Peu d'instants après elle se suicidait en s'ouvrant l'artère humérale avec un couteau de poche. A noter qu'on ne connaissait aucun cas de démence dans la famille de cette femme.

(*La Médecine internat.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. — **Pathogénie du zona**, par le Dr Baldet. Paris, 1895.

II. — **Du traitement de la morphinomanie**, par le Dr Verrier, Paris, 1895.

III. — **Monstres doubles et dystocie fœtale**, par le Dr Duloroy, Paris, 1895.

IV. — **Etudes sur les ruptures des parties molles pendent la symphyséotomie et sur le moyen de les éviter**, par le Dr Audebert. Paris, 1895.

V. — **Nature et traitement du psoriasis**, par le Dr Bouffé (de Paris). Clermont, 1895.

VI. — **Etude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale**, par le Dr Maurice Delmas. (Th. de Bordeaux, 1895.)

Viennent de paraître à la Société d'Éditions scientifiques :

1° **La cure de Barèges**, par le docteur I. Bétous, médecin-consultant à Baréges, lauréat de la Faculté de Paris, membre de la Société d'Hydrologie médicale, etc. Grand in-8° de 148 pages. **Prix : 2 fr.**

Dans ce travail, l'auteur a exposé les résultats qu'une pratique de quinze ans lui a permis d'observer dans cette station thermale qui, grâce à son altitude, est aussi une station climatérique remarquable. Il s'est efforcé de faire ressortir les effets tout spéciaux de cette cure de Barèges, en même temps qu'il a insisté sur les nombreuses contre-indications qu'elle comporte. Écrit dans un but purement scientifique, cet ouvrage est de nature à être utile aux médecins en appelant leur attention sur une médication énergique qui rend de si grands services dans les cas les plus graves, et aussi aux malades auxquels il pourra indiquer la *direction qu'ils doivent prendre.*

2° **Le Moyen âge médical**, par le docteur Edmond Dupouy, ancien interne de Charenton et des Asiles d'Aliénés, lauréat de la *Société médico-psychologique* : Prix Esquirol et Prix Aubanel. Un vol. in-12 de 372 pages. 2° édition, **5 fr.**

Aperçu de la table des matières : *Première partie*, Les médecins au moyen âge. — *Deuxième partie*, Les grandes épidémies : La peste de 542. — Le mal des ardents. — Les fièvres éruptives au VI° siècle. — La suette d'Angleterre au XV° siècle. — Le scorbut. — La lèpre. — La syphilis. — *Troisième partie*, La démonomanie au moyen âge : Origines de la magie et de la sorcellerie. — Les théologiens et les juges démonologues. — Les médecins démonologues. — Possédés. — Sorciers et démonomanes. — L'hystéro-démonomanie des cloîtres. — Hystérie et force psychique. — *Quatrième partie*, La médecine dans la littérature au moyen âge.

3° **La Prostitution dans l'antiquité, dans ses rapports avec les maladies vénériennes. Étude d'hygiène sociale,** par le docteur Edmond Dupouy, ancien interne de Charenton et des Asiles d'Aliénés, lauréat de la *Société médico-psychologique* : Prix Esquirol et Prix Aubanel. 1 vol. in 8°, de 220 pages, avec figures, 3° édition, **4 fr.**

Comprenant les différentes formes de la prostitution dans l'antiquité. La prostitution hospitalière, sacrée et légale. Corruption des peuples par les prêtres des religions païennes. — La prostitution dans l'Inde, en Asie-Mineure, en Égypte, chez les Hébreux ; — la prostitution légale, les dictérions ; — lois sur la prostitution à Athènes ; — la prostitution libre, les courtisanes ; — grands hommes et hétaïres ; — l'amour antiphysique en Grèce ; — tribaderie et saphisme ; — la prostitution sacrée en Italie ; — les fêtes de la prostitution à Rome ; — La prostitution religieuse en Italie et la prostitution légale ; — les auxiliaires de la prostitution ; — lois et règlements de la prostitution à Rome ; — la prostitution masculine, corruption des Césars ; — la pédérastie légale ; — dépravation des mœurs dans la société romaine ; — maladies vénériennes chez les Grecs et les Romains ; — monuments figurés de l'histoire de la prostitution.

Memento-Formulaire de poche de posologie et thérapeutique infantiles, par M. le docteur H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, ancien interne de l'Hôpital des Enfants malades, ancien prési-

dent de la Société médicale du VIe arrondissement, lauréat de l'Académie (hygiène de l'enfance). Préface de M. le Dr FERRAND, médecin de l'Hôtel-Dieu.

La première qualité que doive posséder un formulaire de thérapeutique, surtout un formulaire de thérapeutique infantile, est d'être clair, précis, concis et facile à consulter.

Or, ces qualités ont été plus particulièrement visées par M. le Dr Dauchez dans son *Memento formulaire de poche* où sont condensés par *ordre alphabétique* les médicaments usuels et les méthodes par lesquelles l'enfant « subit » sans le vouloir l'influence thérapeutique (frictions, fumigations, bains, injections hypodermiques).

Pendant quatre années passées à l'Hôpital des Enfants comme chef de clinique de M. le Professeur Grancher, comme interne de M. le Dr Labric et du regretté Dr Archambault, l'auteur a pu faire un choix de formules simples et faciles à retenir. Chaque substance s'y trouve placée par ordre alphabétique. *Une seule* formule s'y trouve adjointe pour ne point laisser d'incertitude au médecin chez qui l'embarras du choix n'est pas la moindre des difficultés.

Enfin l'action et l'indication thérapeutiques ont été soigneusement notées en regard de chacun des médicaments simples ou composés. Une mention désigne ceux dont l'emploi pourrait présenter quelque péril.

Ces derniers (hâtons-nous de le dire) sont peu nombreux, car le Dr Dauchez a généralement tenu rigueur aux substances capables d'entraîner des accidents; s'il a fait exception pour quelques-unes dont l'administration est parfois nécessaire, il les a soigneusement signalées à la prudente attention de ses lecteurs.

Quant aux médicaments inutiles qui ombrent les formulaires, M. Dauchez les a éliminés impitoyablement.

Pour rester *pratique et avant tout pratique*, l'auteur a condensé dans son travail les conseils et les enseignements inédits de son maître, M. le Dr Labric, bien connu des fervents de la médecine infantile et qui pourtant, durant vingt-cinq ans, n'a fourni qu'un enseignement purement oral à de nombreuses générations d'élèves.

Disons en terminant que, par son *format de poche*, ce travail rendra à tous les praticiens craintifs, ou peu familiarisés avec les doses thérapeutiques à prescrire aux enfants, un réel service.

Le lecteur trouvera, en outre, à la fin du memento formulaire, un chapitre relatif aux *empoisonnements* et aux *contrepoisons*, suivi d'un tableau synthétique indiquant les doses maxima des substances les plus dangereuses de 1 à 5 ans — de 5 à 10 ans — de 10 à 15 ans.

Division du formulaire :

CHAPITRE I. — Introduction. — Dosage — mnémotecnique. — Véhicules. — Modes d'administration. — Fumigations. — Inhalations. — Frictions. — Conseils pratiques.

CHAPITRE II. — Cent quatre-vingt-dix formules (action thérapeutique, posologie. — Indications).

CHAPITRE III. — Empoisonnements et contrepoisons.

CHAPITRE IV. — Tableau synthétique des substanses dangereuses. (Dose maxima).

Table des matières par ordre alphabétique des maladies avec renvois aux formules.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

101. — Traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent en solution faible. — Le Dr Budin a obtenu d'excellents résultats, dans son service en recourant au moyen prophylactique préconisé par Bischoff et par Crédé, c'est-à-dire l'emploi, aussitôt après la naissance, d'une solution de nitrate d'argent. Voici comment il procède :

1° Dès son arrivée à la salle d'accouchement, la mère, si le travail n'est pas trop avancé, prend un grand bain et on lui fait une injection vaginale avec une solution de sublimé à 1/4000.

2° Immédiatement après la naissance, en attendant la cessation des battements du cordon qui permettra d'en faire la ligature, on essuie les yeux de l'enfant avec un peu d'ouate et on fait pénétrer, entre les paupières, une ou deux gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1/150.

3° Pendant les jours qui suivent, si la plus petite complication survient, soit chez la femme, soit chez le nouveau-né, ils sont immédiatement isolés.

4° Enfin, nous avons supprimé les nourrices qui conservaient avec elles leur enfant ; la surveillance en était très difficile. Si les bébés avaient des panaris ou un peu de conjonctivite, les mères nous le cachaient et il en résultait, parfois, de petites épidémies d'ophthalmie chez les nouveau-nés auxquels elles donnaient des soins. Il n'est pas inutile d'ajouter que, pendant toute cette période, l'état sanitaire de notre service a été excellent.

Depuis 1892, je fais également usage, dans ma clientèle de la ville, des solutions de nitrate d'argent à 1 pour 150. Je n'ai, depuis cette époque, observé aucun cas d'ophtalmie purulente ; une seule fois j'ai vu survenir, plusieurs jours après la naissance, une légère conjonctivite qui a cédé à de simples lavages.

En présence de ces résultats : deux ophtalmies purulentes pour 2,004 enfants, c'est-à-dire dans la proportion de 1 pour 1,000 ophtalmies survenues dans les conditions qui s'expliquent, nous croyons

que l'emploi d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 est suffisante comme traitement prophylactique. Cette solution n'a aucun des inconvénients de celle (1 pour 50) primitivement conseillée par Crédé.

La solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 est absolument efficace, mais elle n'est pas sans présenter quelques inconvénients : elle détermine parfois un gonflement considérable des paupières, et, dans les jours qui suivent, une suppuration si abondante que nous avons vu des confrères croire à l'existence d'une conjonctivite purulente qu'ils voulaient soigner par de nouvelles cautérisations.

Les lavages avec des solutions phéniquées à 2 pour 100 ou avec des solutions de sublimé à 1 pour 5,000, 1 pour 4,000 et même 1 pour 2,000 ne valent pas, tant s'en faut, le nitrate d'argent ; les statistiques sont concluantes. Il en est de même pour les insufflations de poudre d'iodoforme.

(*Progrès Méd.*)



102. — Traitement électrique des vomissements de la grossesse. — M. Champetier de Ribes traite électriquement les vomissements incoercibles de la grossesse par le procédé de MM. Gautier et Larat qui consiste dans la voltaïsation descendante du pneumogastrique droit. Dans cinq observations cette intervention a très bien réussi. L'électrode positive, de la largeur d'une pièce de deux francs, entourée d'amadou, est appliquée au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. L'électrode négative, large de huit à dix centimètres, est appliquée à l'épigastre. On emploie un courant de huit à dix milliampères pendant un quart d'heure ou une demi-heure. (*Soc. méd. des hôp.*)



103. — Fissures du sein.

R. —	Baume du Pérou.................	30 gouttes
	Teinture d'arnica.................	1/2 drachme
	Huile d'amande douce.............	1 once
	Liqueur de chaux.................	4 onces

M. — Dose : en application après allaitement. — Brosseau.



104. — Traitement de la pelvi-péritonite chronique adhésive, par le professeur A. Martin. (Communic. à *Berl. Gesells. f. Geburtsh. und. Gynaekolog.* 1894.) — Les gynécologistes sont d'accord sur la valeur du traitement médical et ils pensent que l'on ne doit intervenir qu'après avoir épuisé tous les moyens médicaux. Ils sont moins d'accord sur la valeur du traitement par le massage. Au premier enthousiasme succède une profonde déception. On ne peut nier que le massage n'ait dans quelques cas fourni de bons résultats, mais le plus souvent les effets sont peu satisfaisants ; il persiste des indurations, des cicatrices, les organes. restent soudés comme auparavant, des récidives se produisent. La laparotomie devient alors nécessaire et l'on trouve : atrésie des trompes, ovaires et utérus entourés d'épaisses adhérences. Dans ces cas, sans nul doute, c'est le traitement opératoire qui est indiqué, les indications en seront évidemment différentes, suivant qu'il s'agira de complications inflammatoires, de néoplasmes des organes du bassin, de foyers purulents péri-utérins ou seulement d'adhérences persistantes entre les masses intestinales du bassin.

Les troubles utérins ne sont pas toujours chose principale, les lésions des annexes et des organes voisins ont souvent la plus grande importance. L'utérus et ses annexes peuvent être devenus sains à la suite du traitement, alors que le péritoine pelvien a résisté à toutes les tentatives thérapeutiques. Dans ces cas, la castration, faite pour la première fois par Hégar, est justifiée si les ovaires sont malades, sinon la castration, pas plus que l'hystérectomie, ne doit être faite ; ce qu'il faut, c'est séparer les adhérences.

Cette opération doit être faite de telle manière qu'une nouvelle soudure ne puisse se reproduire. Dans ce but, Martin libère complètement le péritoine pelvien en déchirant au besoin le tissu cicatriciel : les surfaces ainsi séparées sont maintenues absolument hors de contact par la ventro-fixation de l'utérus. La séparation des adhérences doit se faire autant que possible avec la main ou bien en essuyant en quelque sorte les tissus à séparer avec une éponge molle (Spencer Wells). Dans les cas difficiles, on se sert du bistouri et des ciseaux. Ordinairement, la libération se fait avec les doigts en caressant pour ainsi dire et d'arrière en avant : parfois on est obligé de faire avec un ténotome la section « sous-cutanée » des ligaments sacro-utérins flexibles. Si l'on a des tissus très maltraités, déchirés par ces manœuvres, on les enduit d'huile d'olive stérilisée qui empêche

une nouvelle soudure rapide. On lie au catgut tout ce qui saigne.

33 malades ont été ainsi opérées, dont 26 il y a plus de 6 mois. Une mourut d'ileus ; de 4 autres manquent des nouvelles sérieuses. Des 21, dont on a des nouvelles récentes, 2 ne sont ni guéries ni améliorées. Chez les 19 autres, l'utérus est mobile, en antéversion ; on sent les annexes normales. Les femmes ne souffrent pas et sont capables de faire leur travail.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

***

105. — Danger de l'emploi du lacs dans l'extraction du siège. — M. Narich (Smyrne). — L'introduction du lacs avec la main constitue une manœuvre de tâtonnement. Les difficultés de passer le lacs sont parfois telles qu'il faut se servir d'instruments spéciaux dits porte-lacs. Dans l'intervalle des tractions, le lacs usuel, faisant corde au fond de la rigole de l'aine, maintient la strangulation des tissus, ce qui contribue à produire des lésions par arrêt de la circulation et de l'influx nerveux. Quand l'opérateur rapproche le lacs de la cuisse de la mère, non correspondante au sacrum du fœtus, l'un des chefs du lacs, glisse en contournant la fesse du bas en haut et monte le long du fémur ; de là la fracture de ce dernier.

(*Soc. obst. et gyn.*)



106. — Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins. — M. Jouin. — J'ai donné de l'extrait thyroïdien en tablettes de 0,15 centigr., de quatre à huit tablettes par jour à des malades atteintes de corps fibreux.

Trois fois j'ai observé la diminution des hémorragies, deux fois la disparition partielle de la tumeur. Un seul insuccès doit être accepté, car les deux derniers cas sont trops récents pour entrer dans la statistique.

J'estime que des recherches doivent être poursuivies dans cet ordre d'idées, bien que les dernières données admises sur la physiologie de la glande thyroïde ne permettent de donner que des explications très hypothétiques sur le mécanisme de l'action du thyroïde dans la thérapeutique des corps fibreux. (*Soc. obst. et gyn.*)



107.— Traitement de l'urémie éclamptique.— M. le docteur A. Malbec indique les moyens suivants pour arrêter les attaques d'urémie éclamptique :

1° Pratiquer immédiatement une saignée de 300 à 500 grammes et renouveler cette intervention s'il est nécessaire.

2° Faire respirer des vapeurs de chloroforme jusqu'à ce que les convulsions soient arrêtées.

3° Administrer le lavement suivant :

R.	Musc.......................	0.50 centigr.
	Hydrate de chloral............	3 grammes.
	Jaune d'œuf..................	n° 1.
	Eau distillée.................	150 grammes.

4° Toutes les heures prendre une cuillerée à soupe de la potion suivante :

R.	Bromure de strontium.........	4 grammes.
	Sirop d'écorce d'orange amère...	50 —
	Eau distillée..................	100 —

5° Tenir les jambes et les cuisses enveloppées dans la ouate recouverte de taffetas gommé.

Régime lacté absolu.



108.— Traitement des kystes de l'ovaire par incision vaginale.— Lorsqu'il s'agit d'un kyste uniloculaire et que sa situation trop profonde rend impossible son ablation par laparotomie, l'incision vaginale du kyste peut amener sa guérison complète, ainsi que le prouvent les observations de Néïéloff, du professeur Jastreboff et enfin celle de M. Lvoff. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un kyste de l'ovaire gauche, dont la limite supérieure dépassait l'ombilic, dont le pédicule s'est tordu et le contenu a suppuré. A cause de l'immobilité complète du kyste, de sa situation profonde dans le bassin et en raison de la fièvre, on renonça à la laparotomie et on fit l'incision vaginale du kyste avec suture des lèvres de la poche kystique à la plaie vaginale, et drainage. Six semaines après, la malade était complètement rétablie et put quitter l'hôpital ; un mois après, le trajet fistuleux se ferma et quatre mois après l'opération, toute trace du kyste avait disparu.

L'auteur insiste sur ce point qu'il ne conseille ce procédé que pour

les kystes d'un certain volume et lorsqu'il y a lieu de supposer des adhérences avec les mésos ou les anses intestinales. Mais si le kyste se trouve tout entier dans le petit bassin, il conseille, même pour les kystes des dimensions d'une tête de fœtus, de l'énucléer tout entier par le vagin (colpocystectomie complète), procédé qu'il a déjà employé dans plus de cinquante cas et toujours avec succès parfait. (*Gazette de Botkine*, 1895, n° 14.)



109. — La cornutine pour favoriser l'involution utérine. (Kroнl. *Archiv für Gynaek.*, XLV, p. 431). — D'après les recherches de Kobert, il y aurait dans le seigle ergoté trois principes actifs : l'acide ergotinique, *l'acide sphacélinique* et la *cornutine* qui appartient à la classe des alcaloïdes.

Suivant ce même auteur, l'acide sphacélinique et la cornutine sont les principes qui excitent la contraction utérine.

Krohl a fait entrer la cornutine dans la pratique. Il prescrit ce médicament sous forme pilulaire à la dose quotidienne de 0 gr. 024 avec le plus grand succès, même après les accouchements normaux, pour favoriser la régression utérine pendant les suites de couches.

Il recommande l'emploi de la cornutine chez les primipares pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement.

L'involution utérine bien influencée par l'ergotine est beaucoup plus accentuée grâce à l'emploi de la cornutine. Ainsi la diminution de volume du corps de l'utérus est surtout remarquable pendant les trois premiers jours du *post partum*. Dans ces sortes de cas, l'expulsion des caillots de l'utérus se fait hâtivement dès les premiers jours. La cornutine produit la fermeture du col utérin plus rapidement que l'ergotine. Elle détermine l'apparition rapide des lochies séreuses et, chose remarquable, elle a une action évidente sur le pouls dont le ralentissement est caractéristique. La cornutine n'exerce aucune influence sur la température des accouchées, pas plus que sur la sécrétion du lait.

Les recherches cliniques de Krohl permettent de mettre en lumière l'influence favorable de la cornutine sur l'involution utérine pendant les suites des couches.

(*Journal d'Accouch.*) Dr Lambinon.

***

110. — Action thérapeutique du chloroforme pendant la parturition, par la Dr BEDFORD BROWN, M. D., Alexandria, Va. — Est-on justifiable d'administrer le chloroforme dans la parturition dans le seul but de soulager la douleur ?

Voici la première question qui se présente à notre considération. Je crois que l'on est justifiable, mais pas dans tous les cas. Par exemple, il se présente des cas où les douleurs sont légères, toutes les conditions favorables, le passage spacieux, le travail rapide, alors il est inutile. Mais chaque fois que le travail est lent, douloureux, difficile, je crois que son emploi est non seulement justifiable, mais qu'il serait inhumain de s'en abstenir. Cet avancé est basé sur le fait que les cas de mort par le chloroforme sont si rares, peut-être pas un pour des millions d'accouchements, que nous pouvons certainement risquer un si petit danger pour obtenir un si grand bien.

Je sais que plusieurs s'opposent, *in toto*, à son emploi, dans la parturition, mais je crois que c'est sans bonnes ni justes raisons.

La grande terreur des paturientes, c'est la douleur, et si on pouvait la supprimer, l'enfantement deviendrait un acte simple et facile. Quelques années avant l'emploi de l'anesthésie, dans ma pratique obstétricale, j'ai maintes et maintes fois assisté des femmes en proie aux douleurs de l'enfantement, j'ai écouté souvent avec angoisse leurs demandes de soulagement et dans ce supplice insupportable je les ai entendues gémir, gémissements qui se sont gravés si profondément dans ma mémoire que je ne les oublierai jamais.

Avec le chloroforme et la connaissancé familière pratique que j'ai de son action, je ne suis plus le témoin ni la victime de scènes aussi douloureuses. J'ai, ces dernières années, essayé plusieurs succédanés du chloroforme pour le soulagement de la douleur dans la parturition, mais je n'en ai pas encore trouvé un seul. Je suis convaincu que c'est, entre tous, *l'anesthésique* spécialement approprié à l'accouchement. Il est propre dans son administration ; ne cause de congestion ni du cerveau ni des poumons, ni des reins, mais diminue d'une manière remarquable la tendance aux congestions cérébrales.

L'action du chloroforme favorise-t-elle la marche du travail ? — Je crois qu'en règle générale il la favorise. Je suis même convaincu que dans la grande majorité des cas, il diminue la durée de l'accouchement. Je sais que c'est l'opinion de quelques-uns que son action amoindrit la force des contractions utérines et retarde ainsi la marche de l'accouchement. L'expérience m'a prouvé qu'en même temps qu'il

soulage la douleur, son administration peut être graduée de manière à ne pas empêcher les contractions utérines. Aussi, agir sur l'écorce cérébrale seulement ou sur cette dernière et sur les fonctions réflexes de la moelle épinière sont deux choses tout à fait différentes. Ainsi on peut abolir la sensation sans affecter l'action réflexe. Je crois qu'en usant de soin et de jugement, on peut confiner l'action du chloroforme à l'écorce cérébrale seulement, siège de la sensation, et laisser intactes les fonctions réflexes et les contractions utérines.

Je n'ai pour m'appuyer en cette matière aucune statistique, mais mon expérience personnelle dans l'administration du chlorcforme dans la paturition me porte à croire que non seulement il rend le travail plus facile, mais, qu'en règle générale, il en rend la duréc plus courte. Alors donc, si le chloroforme est capable de rendre le travail plus facile, plus supportable pour la parturiente et peut diminuer sa durée d'une heure, même d'une demi-heure, son administration est justifiable, lorsque nous prenons en considération les faibles risques encourus par son emploi.

Dans certains cas, je sais qu'il peut diminuer la durée du travail. Une de ces conditions, c'est la rigidité des parties molles, une autre c'est la contraction irrégulière de l'utérus, ou la contraction spasmodique de certaines fibres et le relâchement de certaines autres, toutes ces conditions pouvant retarder le travail indéfiniment. La contraction spasmodique de certaines fibres musculaires de l'utérus et le relâchement des autres n'est pas rare dans le travail de longue durée, et ressemble beaucoup aux contractions qui produisent l'*hour glass post-partum*. Le chloroforme est susceptible de régulariser les contractions utérines et de prévenir les contractions spasmodiques irrégulières et de cette manière de faciliter l'accouchement. Personne ne peut douter de sa puissance bien connue pour combattre et abolir la rigidité musculaire. Comme preuve, j'ai souvent observé, dans ma pratique, des cas de rigidité des parties molles, cas où le travail demeurait stationnaire, une heure ou plus, ou même plusieurs heures et dès que le chloroforme était administré en assez grande quantité pour produire le relâchement musculaire, l'accouchement se terminait rapidement.

A quelle période de l'accouchement peut-on administrer le chloroforme ? — Pour soulager une douleur excessive on peut l'administrer à n'importe quelle époque du travail, mais pour provoquer le relâchement de la rigidité musculaire il est applicable dans la rigidité

extraordinaire du col de l'utérus et dans l'extrême rigidité du périnée lorsque la tête du fœtus commence à presser sur ces parties. Quand le but du chloroforme est de soulager la douleur seulement, il doit être donné en petite quantité au commencement de chaque douleur et discontinué quand la douleur est finie. Mais quand il s'agit de combattre la rigidité musculaire la parturiente doit être complètement sous son influence. Dans les cas de contraction excessive du col utérin ou de grande rigidité des tissus du plancher du bassin, les demi-mesures ne servent à rien. La parturiente doit alors être suffisamment anesthésiée pour suspendre, au moins partiellement, l'action réflexe, alors qu'on voit s'opérer la résolution musculaire complète, mode d'action anologue à celui qui s'observe à la réduction d'une dislocation.

Quand il y a compensation parfaite entre la force des contractions utérines et le relâchement musculaire dans un bassin normal, l'accouchement se fait rapidement, facilement et heureusement. Au contraire, quand cette compensation est altérée, quand, par exemple, la force contractile de l'utérus est affaiblie et qu'il existe une tension musculaire excessive du périnée, l'accouchement se fait avec douleur et avec lenteur. L'action du chloroforme dans cette classe de cas est de ramener, en diminuant la tension musculaire, la proportion normale entre la force de contraction utérine et la rigidité du bassin.

Laissant de côté les difformités congénitales ou celles causées par une maladie des os du bassin, on remarque que la grande majorité des accouchements difficiles et ennuyeux est due à la rigidité des plans musculaires du bassin et l'inefficacité des contractions utérines. Ces deux conditions existent souvent ensemble. D'après mon expérience personnelle dix-neuf interventions instrumentales sur vingt ont été nécessitées par la rigidité musculaire excessive du périnée. Dans ces cas particuliers, l'action du chloroforme a amené le relâchement du périnée, a diminué la résistance musculaire, a rétabli l'équilibre entre la force et la résistance sans diminution appréciable des contractions utérines.

Le chloroforme tend-il à diminuer les contractions utérines ? — Il n'y a aucun doute que le chloroforme peut être administré pendant le travail de manière à soulager la douleur et à laisser intact le pouvoir contractile de l'utérus, ou bien, de supprimer tout à la fois et la douleur et les contractions rythmiques de l'utérus, de même que suspendre le travail pour un certain temps.

La contraction rythmique de l'ntérus est une fonction réflexe es-

sentielle, et l'on sait que les diverses fonctions nerveuses subissent l'influence du chloroforme dans un ordre consécutif, — d'abord la sensation, puis l'action réflexe et enfin l'action vaso-motrice. D'après ce fait, nous pouvons, comme règle, soulager les douleurs de l'accouchement sans altérer la force des contractions utérines. Tous les obstétriciens pratiques ont observé des parturientes en travail sous l'influence du chloroforme, chez lesquelles il y avait abolition de la douleur, tandis que les contractions rythmiques de l'utérus et tous les symptômes d'un ténesme actif s'opéraient à merveille. Je crois que c'est là le but idéal de l'anesthésie par le chloroforme pendant le travail et je suis convaincu qu'il devrait toujours être administré de manière à soulager la douleur, tout en laissant intactes les fonctions réflexes. De plus, je crois que les fonctions réflexes, chez la paturiente, offrent beaucoup plus de résistance à l'action toxique du chloroforme que dans les cas ordinaires, et qu'il est plus difficile de les abolir. Aussi est-ce un avantage inappréciable de pouvoir administrer le chloroforme pendant le travail, simplement pour soulager la douleur et sans en interrompre la marche.

L'expérience m'a démontré quequand les contractions utérines sont suspendues par l'administration trop abondante du chloroforme, la force contractile de l'utérus reprend avec une vigueur additionelle pour terminer le travail, dès que l'influence de l'anesthésique se dissipe.

L'action du chloroforme tend-elle à amener ou à empêcher l'hémorragie post-partum ? — Ceci constitue une des plus importantes questions en rapport avec l'action thérapeutique du chloroforme en accouchement. S'il tend à causer l'hémorragie, cela augmente les dangers de son emploi. D'après mon expérience personnelle, je puis dire, qu'en maintes occasions, après l'avoir administré jusqu'à perte complète de connaissance au moment de la naissance, je n'ai observé dans aucun cas une plus grande tendance à l'hémorragie, ni aucune difficulté plus grande dans la production des contractions fermes de l'utérus que quand il n'était pas employé.

Pour ce qui concerne cette question, je ne puis me prononcer que d'après mon expérience personnelle ; or toute expérience personnelle de plusieurs années, basée sur un grand nombre de cas, a une certaine valeur. D'après des autorités compétentes l'action du chloroforme sur la circulation est de faire contracter les vaso-moteurs. C'est ce que j'ai observé dans ma pratique chirurgicale.

L'anesthésie chloroformique profonde diminue certainement l'hémorragie chirurgicale. Dans mes cas de traumatismes du crâne et du cerveau, j'ai observé que sous l'influence du chloroforme il y avait toujours une diminution notable de l'hémorragie cérébrale. Donc, s'il est vrai que le chloroforme fait contracter les vaso-moteurs, il me semble que la conclusion est facile à tirer.

L'action du chloroforme dans la parturition tend-elle à prévenir ou à favoriser les déchirures du col de l'utérus ou dn périnée ? — Les lacérations sont-elle plus fréquentes avec le nouveau mode de délivrance sous l'anesthésie ou avec le vieux système sans anesthésie ? Je n'ai pas de statistiques exactes pour me guider en cette matière ; mais je vous dirai ici que j'ai pratiqué et l'ancienne et la nouvelle méthode, et je suis en état d'affirmer positivement que tous mes cas de déchirure grave du col de l'utérus et du périnée ont eu lieu quand le chloroforme n'avait pas été employé. Beaucoup de déchirures très graves de ces parties se sont produites dans des cas où l'accouchement s'était fait avant mon arrivée. Je suis assurément d'opinion que le relâchement complet des plans musculaires du plancher du bassin constitue le plus sûr moyen contre les accidents de ce genre et je ne connais aucun agent autre que le chloroforme capable d'amener cet extrême relâchement du tissu musculaire et de mettre de la sorte la paturiente dans une condition plus favorable à prévenir les déchirures. Permettez-moi de vous rapporter brièvement le cas de Mad. T., une jeune femme qui eut au cinquième mois de sa grossesse, un avortement accidentel. Je fus appelé à peu près huit heures après, et je constatai une rétention du placenta. Il y avait rigidité excessive du périnée et une forte contraction des parois du vagin. Le vagin était étroit et le col utérin fortement contracté sur le cordon ombilical procident. Je résolus alors de mettre la malade complètement sous l'influence du chloroforme dans l'espérance de produire un relâchement suffisant des parties molles pour me permettre d'introduire les doigts dans l'utérus et d'en extraire le placenta adhérent. Pendant que la patiente était dans un sommeil profond, je trouvai, à ma grande surprise, un relâchement complet du périnée, du vagin et du col. Ces tissus se trouvèrent dans une condition telle d'extrême flaccidité que je pus parfaitement bien passer la main non seulement dans le vagin, mais encore dans l'utérus, également flasque, saisir le placenta, en défaire les adhérences et le retirer en entier. Sans chloroforme, cette opération n'aurait pu se faire. Dans le cours de ma vie professionnelle, j'ai

eu l'occasion d'expérimenter de nombreuses méthodes proposées par différentes autorités pour prévenir les déchirures du périnée. Toutes m'ont paru plus ou moins défectueuses, quelques-unes tout à fait inutiles. Depuis quelques années la méthode qui m'a donné le plus de satisfaction est celle qui consiste à distendre le périnée en introduisant les doigts dans le vagin et en exerçant des tractions forcées vers le rectum de manière à maintenir un relâchement continuel du périnée jusqu'à ce que la tête du fœtus vienne presser sur lui, il est alors le plus souvent suffisamment distendu. La paturiente est alors maintenue sous l'influence de l'anesthésique jusqu'à ce que la tête commence à dépasser la vulve alors qu'on en cesse l'administration. Pour moi, cette dilatation mécanique du périnée, combinée à l'effet résolutif de l'anesthésique, a été le moyen de prévenir plus de déchirures que par aucune autre méthode.

En terminant, je puis dire avec franchise qu'après une longue et heureuse expérience de l'emploi du chloroforme en accouchement, je crois qu'il constitue un bienfait non seulement pour la paturiente, mais aussi pour le médecin. Quelle vie lugubre, ennuyeuse et répugnante serait celle du médecin, s'il n'avait les moyens de soulager la douleur. Cependant depuis des siècles et des siècles la femme en proie aux douleurs de l'enfantement devait se résigner à de terribles tortures, sans espoir d'être soulagée avant la fin de l'accouchement.

Pendant le demi-siècle qui vient de s'écouler, la professsion médicale a émerveillé tout le monde civilisé par ses découvertes et ses perfectionnements ayant pour objet de soulager la souffrance humaine, d'améliorer la santé et de prolonger la vie, et elle a droit de s'énorgueillir des résultats obtenus. La découverte du chloroforme est certainement un des plus grands bienfaits de la science.

(*Un. méd. du Canada.*)



111. — Rappel à la vie, après cinq heures d'insufflation, d'un nouveau-né en état de mort apparente, par MM. Bosvieux et David, externes des hôpitaux (1). — Le 28 mars, à 9 heures du matin, au moment où, avec M. Bosvieux, nous prenions le service à la Maternité, un accouchement venait d'avoir lieu.

Un enfant, à terme, du sexe masculin, pesant 2,500 gr., s'était présenté avec procidence du cordon ; il était flasque, rendait du méco-

(1) Communication de la *Société anatomo-clinique*.

nium en abondance et ne présentait aucune manifestation vitale. L'auscultation et la palpation ne révélaient rien et aucun mouvement ne se produisait.

Après une vigoureuse flagellation qui n'amène aucune rougeur à la peau, M. Monestié, interne du service, croit sentir les battements du cœur et fait coup sur coup deux injections d'éther de 1/3 de seringue de Pravaz environ. Il pratique en même temps la respiration artificielle avec alternative d'immersions froides et chaudes. L'enfant reste dans le même état, ses lèvres deviennent violacées ; on perçoit toujours les battements du cœur par l'auscultation et la palpation. Il est 10 heures 1/2.

Nous introduisons alors le tube de Chaussier dans le larynx et en nous relayant à un quart d'heure d'intervalle nous pratiquons la respiration artificielle. Les insufflations sont faites à peu près régulièrement à 5 secondes d'intervalle. Le corps devient rosé en peu de temps et on aperçoit successivement le battement des carotides, puis un soulèvement dans la région hépatique, isochrone aux battements du cœur.

A 11 heures, M. Bosvieux injecte une demi-seringue d'éther et on continue l'insufflation. Un quart d'heure après l'enfant fait un mouvement respiratoire spontané ; en même temps le réflexe pharyngien apparaît. Ce premier mouvement est bientôt suivi de plusieurs autres. On retire alors la canule et on recommence les immersions froides et chaudes avec respiration artificielle. Après quelques minutes d'application de ce nouveau procédé le corps redevient pâle ; nous combinons la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue. Malgré cela le corps reste pâle et les muqueuses redeviennent violacées.

Nous remettons alors à midi le tube à insufflation et nous recommençons. Un quart d'heure suffit pour ramener quelques mouvements respiratoires spontanés qui augmentent bientôt et se succèdent à 5 ou 8 secondes d'intervalle. Le réflexe pharyngien disparu pendant le changement de procédé reparaît de nouveau. A l'aide d'une petite boule d'ouate nous écouvillonnons le tube qui est rempli de mucosités et nous pénétrons à 9 centimètres au-dessous de l'arcade dentaire ; nous retirons un peu de mucus sanguinolent.

Vers une heure de l'après-midi, les mouvements respiratoires spontanés alternent avec les insufflations et sont en moyenne de 12 par minute, puis montent dans l'heure suivante à 14, 18 et 25. Le cœur

bat régulièrement à 80 pulsations ; les inspirations sont profondes et l'expiration se fait par contraction clownique du diaphragme. A ce moment, l'enfant crispe ses doigts sur les objets mis dans sa main et fait quelques mouvements des bras ; le cœur bat à 97, la respiration est de 26 par minute : on l'enveloppe alors d'ouate et de bouillottes et on le place dans son berceau. Il est 3 heures de l'après-midi.

L'interne de service, muni d'oxygène pris à la Faculté des sciences, fait quelques inhalations qui sont continuées régulièrement toutes les dix minutes jusqu'à 4 heures.

L'état reste ainsi jusqu'à 6 heures du soir. A ce moment on donne à l'enfant quelques cuillerées de lait dont la plus grande partie s'écoule au dehors. Nous constatons qu'il continue à respirer. A 6 heures 1/2 nous sommes appelés en toute hâte, l'enfant avait cessé de vivre : le cœur ne battait plus, la respiration était suspendue, le corps flasque et violacé. De nouvelles tentatives d'inhalation et de respiration restent sans résultat. Du lait mélangé à un peu de sang sort par les narines.

Nous avons pu, le lendemain, pratiquer l'autopsie. Nous avons trouvé à l'ouverture de la cavité buccale un magma sanguinolent formé par des caillots de lait occupant l'arrière-gorge et recouvrant l'épiglotte.

Le larynx présentait une ecchymose double, latérale, de chaque côté des cordes vocales supérieures et une autre de 4 centimètres environ occupant la partie antérieure de la trachée.

Dans les bronches nous avons trouvé un peu d'écume sanguinolente. Les poumons étaient normaux, crépitant à la pression et présentaient quelques bulles d'emphysème en avant et à droite dans le lobe moyen,

Le foie et la rate étaient congestionnés.

L'estomac et l'œsophage étaient vides.

A l'examen du cerveau, nous avons constaté que les sinus et les veines étaient remplies de sang. La région pariétale gauche était le siège d'une hémorrhagie occupant l'étendue d'une pièce de un franc. Il y avait une hémorrhagie punctiforme à la surface de la protubérance, et le bulbe, violacé, présentait un piqueté hémorrhagique analogue à la partie postérieure droite, sur une coupe transversale au niveau du calamus.

L'éther a produit sur le cœur de l'enfant une action énergique ; il a été éliminé ensuite par les voies respiratoires comme en témoignait chaque inspiration de l'enfant.

L'insufflation nous a donné ici un résultat favorable alors que le procédé préconisé par M. Laborde et les bains ont semblé au contraire atténuer le bon résultat obtenu dès les premiers instants. Peut-être aurions-nous pu aboutir par ce moyen, en persévérant, mais nous avons préféré recourir à un mode d'action qui nous avait réussi dès le début.

La mort paraît avoir été le résultat d'une alimentation trop hâtive : aucun mouvement de déglution ne s'était accompli, le lait introduit a formé par son caillot un obstacle à la respiration. Il est probable du reste que les lésions constatées au bulbe dans le voisinage du bec du calamus n'auraient pas permis une existence de longue durée.

Dans un nouveau cas de ce genre, nous n'hésiterons pas à recourir au même procédé, en ayant soin d'envelopper l'enfant d'ouate plus tôt que nous ne l'avons fait. Il serait bon aussi de maintenir, autant que possible, la canule à insufflation dans la trachée, de façon à éviter les traumatismes, si faciles à produire et si dangereux dans cette région.

Enfin quel que soit le procédé employé, il faut, croyons-nous, le pratiquer avec persévérance pour arriver à un résultat.

***

112. — Dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse (procédé de Copeman), par Ricard. (*Thèse de Paris* 1895.) — Avant de se décider à provoquer l'avortement, il est indiqué de recourir à la dilatation du col. Il est possible que les vomissements s'arrêtent et que la grossesse continue son cours. Si les vomissements continuent, on pourra à bref délai recourir à l'avortement provoqué. Si celui-ci est le résultat de la dilatation du col, le résultat sera encore bon, puisqu'on aura pratiqué cette intervention alors qu'il n'y aurait eu à choisir qu'entre le procédé de Copeman et l'avortement.

FORMULAIRE

De l'efficacité de l'antipyrine dans le vertige chez les utéro-gastriques.

(Jules Chéron.)

Nous avons observé, chez des malades atteintes d'affections utérines compliquées de troubles gastriques divers tels que : dyspepsie atoni-

que, dilatation de l'estomac, hypochlorhydrie, ou de gastralgie plus ou moins intense, avec exacerbation menstruelle, etc., des vertiges qui, pour n'être pas très complets n'en étaient pas moins rebelles à la thérapeutique ordinaire. Il s'agit, dans les cas auxquels je fais allusion, de sensations vertigineuses n'allant pas jusqu'à la perte complète de connaissance, mais obligeant les malades à s'asseoir immédiatement, dans l'impossibilité de continuer leur marche, puis disparaissant après un moment de repos pour reparaître quelquefois une demi-heure ou une heure plus tard.

Ces sensations vertigineuses n'étaient pas influencées par l'heure des repas et ne cédèrent ni au régime approprié à l'état gastrique constaté, non plus qu'aux diverses préparations eupeptiques conseillées dans les cas de vertige gastrique : cachets de Trousseau, pepsine, pancréatine, etc.

Elles ne diminuaient pas, d'autre part, d'une façon manifeste, à mesure que le traitement de l'affection utérine améliorait l'état de l'appareil génital ; dans les déviations de l'utérus en particulier, la reposition de l'organe et son maintien en position normale ne faisaient pas disparaître le vertige en question.

Dans ces conditions, nous avons obtenu des résultats très satisfaisants par l'emploi de l'antipyrine à dose fractionnée :

Antipyrine........................ 5 grammes.
en vingt cachets.

Prendre 4 cachets à 1/4 d'heure d'intervalle.

Dès le premier jour, les vertiges cessent temporairement.

Si, le lendemain, le vertige reparaît, ce qui est la règle, on prend de nouveau 4 cachets d'antipyrine.

Nous avons eu des malades qui, après dix ou quinze jours de traitement, ont vu cesser leur vertige pendant plusieurs mois. Si une rechute se produisait, il suffirait de revenir, pendant deux ou trois jours, à l'usage de l'antipyrine, pour obtenir de nouveau une période de calme plus ou moins longue.

L'action analgésique bien connue de l'antipyrine permet de comprendre que l'emploi de ce médicament donne de bons résultats, en calmant le point de départ (gastrique ou utérin) du réflexe qui produisait le vertige un peu spécial dont nous venons de parler.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

Les dangers de l'emploi de la morphine en gynécologie.

Tel est le titre d'un important mémoire lu par le Dr Macnaughton Jones à la séance de mars dernier de la *British gynœcological society* (1).

Cela repose un peu des discussions habituelles sur les meilleurs modes de traitement du pédicule après l'hystérectomie abdominale ou sur tel ou tel procédé plus ou moins définitif d'hystérectomie vaginale. La question est d'ailleurs d'une très grande portée pratique, comme toutes celles — encore mal mises au point — qui touchent d'une part à la pathologie nerveuse et d'autre part à la gynécologie.

Mon maître, M. Chéron, exposait récemment (2), avec un grand sens clinique, une des parties les plus intéressantes de ce sujet, en discutant le rôle restreint que devait avoir l'intervention chirurgicale dans le traitement des ptoses utérines et vaginales, chez les neurasthéniques.

J'ai moi-même (3) insisté, il y a plus de deux ans, sur le

(1) *British gynœcological Journal*, mai 1895, p. 36.

(2) J. Chéron. De l'importance du traitement des ptoses viscérales avant ou après intervention chirurgicale chez les malades atteintes d'affections utérines. *Revue des maladies des femmes*, sept. 1895.

(3) J. Batuaud. Séméiologie et traitement des grandes névralgies pelviennes, *Revue des maladies des femmes*, janvier 1893.

rapport étroit qui existe entre l'hystérie et la neurasthénie et ce qu'on a dénommé les grandes névralgies pelviennes ; j'ai essayé de démontrer l'inutilité et le danger des grandes interventions mutilantes, dans les cas de ce genre, en même temps que je proscrivais rigoureusement l'emploi des injections sous-cutanées de morphine, chez ces malades destinées à devenir presque fatalement des morphinomanes plus ou moins incurables, à partir du jour où on a eu l'imprudence de les familiariser avec la seringue de Pravaz. Ce sont, sur ce dernier point, des idées analogues que défend M. MACNAUGHTON JONES, dans le mémoire que nous allons analyser.

L'abus de la morphine, en thérapeutique, a causé, dit l'auteur un bien plus grand nombre de décès que son emploi dans un but de suicide.

Ce sont les névropathes qui sont prédestinées à devenir des morphinomanes, parce qu'elles ont perdu leur « self control », ou que, tout au moins, elles sont beaucoup moins maîtresses de résister à leurs impulsions, alors même qu'elles en comprennent le danger. C'est pour calmer la douleur qu'on emploie la morphine, mais la persistance ou le retour de la douleur entraîne la répétition des injections de morphine et l'habitude morbide s'établit. La douleur fit elle-même défaut, que la malade continue l'emploi du médicament pour obtenir les sensations de bien-être qu'il leur procure.

Suit une longue énumération des principaux travaux publiés sur la morphinomanie et le morphinisme que nous ne pouvons reproduire ici.

Après avoir rappelé les conséquences habituelles de la morphinomanie : accentuation et aggravation des troubles de l'état mental spécial aux névropathes, amoindrissement progressif de la volonté, perversion morale, apathie psychique, etc., perturbation des fonctions digestives, troubles de la miction, amblyopie, diplopie, troubles de l'accommodation, diminution

des réflexes, perte de la mémoire, glycosurie, hypertrophie, sclérose et dégénérescence graisseuse du myocarde, etc., l'auteur insiste sur les troubles de la fonction menstruelle : irrégularité ou même suppression des règles, stérilité consécutive. Dans le cas de grossesse, le fœtus lui-même est atteint dans sa vitalité, sans parler des avortements qui peuvent être la conséquence de l'abus de la morphine.

Ce sont précisément les malades qui deviennent le plus facilement morphinomanes qui présentent les phénomènes douloureux pour lesquels on est tenté d'employer la morphine et qui, du reste, importunent le plus le médecin pour qu'il en fasse usage. Dès qu'une ordonnance de morphine est entre leurs mains, elles savent en tirer parti pour satisfaire leur passion et, au besoin, la communiquer aux personnes de leur entourage.

Il ne faut pas oublier non plus que l'on ne doit pas recourir à la morphine, après les opérations abdominales, sans nécessité absolue, et qu'il est de beaucoup préférable de n'en jamais faire usage.

En résumé, les praticiens ne savent pas assez quelle responsabilité ils prennent en se servant de la morphine pour soulager les douleurs, dans les maladies des femmes. Il est du devoir strict du médecin de bien distinguer les cas dans lesquels la morphine peut être ordonnée sans danger de ceux qui entraînent avec eux des grands risques de morphinomanie. On ne permettra jamais à la malade de pratiquer elle-même les injections hypodermiques et ce n'est que très exceptionnellement qu'on pourra confier ce soin à une personne de son entourage. Il ne faut formuler qu'une très petite quantité de solution à la fois, et les pharmaciens devraient être légalement forcés à ne jamais délivrer une solution sur une ordonnance qui ne soit pas de date tout à fait récente. Il faut surveiller de très près, spécialement quand on répète les injections, les phé-

nomènes déterminés par la morphine et en cesser l'emploi dès que l'on voit apparaître les symptômes d'un début d'intoxication.

Nous avons dit, plus haut, quelles étaient, pour nous, les grandes contre-indications de la morphine, dans les maladies des femmes.

La morphine peut cependant être utilisée, dans les périodes ultimes du cancer utérin inopérable. Dans ce cas, il paraît inhumain de laisser souffrir, sans essayer de les soulager, ces malades que nous sommes totalement impuissants à guérir. Encore est-il bon de donner la morphine d'une façon méthodique, pour éviter d'accroître trop rapidement les doses de médicament injecté chaque fois. Le meilleur moyen, à notre connaissance, et comme nous l'avons vu faire depuis longtemps à notre maître, le Dr CHÉRON, est de faire très régulièrement les injections hypodermiques toutes les six heures, en commençant par des doses faibles (de cinq à six milligrammes par exemple) et en n'augmentant la dose que le plus lentement possible. Grâce à la régularité dans l'emploi de la morphine, on arrive à diminuer considérablement les douleurs des cancéreuses sans avoir besoin de forcer les doses. Si la morphine déterminait une dépression marquée des forces, l'adjonction des transfusions hypodermiques de sérum artificiel aux injections de morphine permettrait de combattre les effets dépressifs de ce médicament tout en lui laissant toute son action sédative de la douleur.

Dans les phases aiguës des salpingo-péritonites, on doit également recourir aux injections sous-cutanées de morphine pour combattre la douleur, donner du calme aux malades, leur procurer un sommeil réparateur et immobiliser l'intestin, autant d'indications urgentes à remplir. Mais là, encore, il faut faire méthodiquement les injections toutes les six heures, à aussi faible dose que possible. Dès que la période aiguë est passée,

la morphine doit être supprimée sans hésitation et sans faiblesse. L'emploi simultané ou consécutif des transfusions hypodermiques du sérum artificiel facilite beaucoup cette suppression, ainsi que cela a été exposé dans plusieurs articles de ce journal.

En dehors de ces deux cas, la morphine ne doit qu'exceptionnellement être employée en gynécologie ; elle est surtout formellement contre-indiquée, répétons-le encore une dernière fois, dans les douleurs plus ou moins vives des névrophates atteintes de ces petites lésions utéro-pelviennes que l'on trouve associées aux grandes névralgies pelviennes et que nous avons étudiées dans un précédent travail.

Jules BATUAUD.

HYPERGLOBULIE INSTANTANÉE

et neurasthénie vasculaire,

par le Dr J. CHÉRON, médecin de Saint-Lazare (Paris) (1).

(*Communication faite au Congrès de Bordeaux, août 1895*).

Pendant cette longue période de huit années (1883-1891), ou j'ai fait sans relâche des recherches sur l'état de la tension artérielle, dans ses rapports avec l'état de la vitalité, j'ai été amené à constater un nombre considérable de fois, l'élévation de la tension artérielle après l'injection hypodermique de sérum artificiel, même à la dose minima de cinq centim. cubes, quelle que fut la composition, non toxique cependant, de ce sérum.

Dès l'année 1886, je m'étais demandé quelles modifications devaient subir le nombre des globules, leur morphologie et le taux de l'hémoglobine, dans cette élévation parfois énorme et toujours instantanée de la tension artérielle ? J'instituai alors, une série de recherches qui me conduisirent au résultat intéressant que je vais exposer.

(1) Cette communication n'est autre chose que la note lue à l'Institut (Ac. des sciences) il y a quelques jours, par notre vénéré maître, M. le Professeur Potain, note à laquelle j'ai donné un certain développement.

Après avoir fait choix de sujets anémiques présentant à la base du cœur et au premier temps, le souffle doux caractéristique de l'aglobulie, je faisais à l'aide des moyens dont dispose la technique de l'analyse microscopique du sang, la numération des globules, l'examen du volume relatif de ces mêmes globules et la détermination du taux de l'hémoglobine.

La tension artificielle à la radiale était prise avec le plus grand soin à l'aide du sphygomètre Verdin-Chéron.

Aussitôt l'analyse terminée et la tension enregistrée, cinq centim. cubes du sérum artificiel le plus élémentaire, c'est-à-dire une solution d'eau salée à 1 pour % étaient introduits dans l'organisme par la voie hypodermique.

Cinq à six minutes après, la tension artérielle prise de nouveau à la radiale, dans les mêmes conditions, s'était élevée d'une notable façon et l'analyse du sang, faite de nouveau, démontrait qu'une augmentation considérable du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine avait eu lieu corrélativement. Quant au diamètre des globules il mérite une mention spéciale attendu que les modifications volumétriques des hématies se sont toujours montrées sous différents aspects, suivant le degré d'aglobulie auquel nous avons eu affaire.

Voici entre toutes, prise au hasard et résumée une des expériences que j'ai faites dans mon service de Saint-Lazare, sur une anémique âgée de 24 ans.

Cette femme est simplement atteinte d'urétrorrhée, elle est très pâle, on entend à la base du cœur un souffle doux caractéristique.

Sa tension artérielle est de dix centim. de mercure.

Le nombre des globules rouges est de 2,130,000 par m. m. c. à l'hématimètre et la teinte du chromomètre flotte entre 2 et 3.

Quant aux globules, ils sont tous du diamètre moyen, tous à peu près égaux.

Aussitôt faite cette détermination de la tension artérielle, du nombre des globules, du taux de l'hémoglobine et du diamètre des hématies, nous constatons encore que le nombre des globules blancs est resté normal (1 à 2 par champ) et nous injectons sous la peau cinq centim. cubes de la solution salée, au centième, dont nous parlions tout à l'heure.

La tension artérielle prise de nouveau, dans les quelques minutes qui suivent, est montée en huit minutes à 14 centim. de mercure au sphygmomètre.

Dès lors, une fois constatée cette ascension de quatre centimètres, on recommence, sans perdre une minute, la numération des globules,on cherche la teinte du colorimètre et on étudie les variations morphologiques des globules.

Six champs ont été comptés, comme précédemment et leur moyenne a donné 4,020,000.

La teinte du colorimètre est représentée par le numéro 7 au lieu du numéro 3.

On distingue déjà des globules de diamètre différent ; dans quelques heures, si l'élévation de la tension artérielle persiste, la différence s'accentuera davantage.

J'ajoute que le bruit de souffle a totalement disparu.

Ainsi, nous voyons en quelques minutes, se produire un phénomène véritablement étrange, tout à fait paradoxal, c'est-à-dire une augmentation de 1,890,000 globules rouges, sous l'influence de l'introduction sous la peau de cinq cent. cubes d'une solution d'eau salée au 100°.

Or, la nature du liquide ne change rien aux conditions de l'expérience, le résultat est toujours le même, à la condition que le liquide ne soit pas toxique.

Cette expérience, je l'ai répétée un grand nombre de fois en présence des confrères qui me font l'honneur de venir suivre mes recherches. Elle a été répétée, avec le même succès, par quelques hématologistes.

Cependant, il est bon d'appeler l'attention de ceux qui voudraient la refaire, sur quelques causes d'erreur qui pourraient dénaturer cette curieuse expérience.

Il faut agir rapidement car, il arrive que l'action sur le système circulatoire, la première fois surtout, ne soit que passagère ; mais, lorsque plusieurs injections hypodermiques se sont succédées le résultat est durable.

Une autre cause d'erreur qu'il faut éviter c'est l'émotivité du sujet en expérience. La vue des instruments, le nombre des assistants troublent les impressionnables et, sous cette influence, la tension artérielle subit des modifications, qu'il n'y a pas lieu d'étudier ici, modifications qui dénaturent absolument les résul-

tats. Il faut expliquer au sujet ce qui va se passer, lui dire qu'il n'y a aucun mal à lui faire ; on peut même l'amener plusieurs fois, dans le laboratoire avant de faire l'expérience. On se contente, alors, de prendre la tension artérielle et de juger si l'émotion du sujet est suffisante à la modifier.

Ce n'est pas seulement dans les cas ou on injecte sous la peau un liquide plus ou moins inerte qu'on observe cette hyperglobulie instantanée que je viens de signaler.

En effet, des frictions sèches faites sur la peau d'un aglobulique, la douche froide ou chaude (Winternitz), l'étincelle de la machine statique, le pinceau faradique, le courant continu, le massage (John Mitchell) augmentent le nombre des globules rouges.

Il y a lieu de rapprocher de ces expériences, les observations de Viault en France et de Mercier (de Zurich) sur l'augmentation du nombre des globules chez l'homme et chez les animaux qui gagnent les altitudes. Ces observateurs ont vu sur les hauts plateaux, notamment dans les Cordillières (Viault) à une hauteur de 4,392 mètres, les globules rouges du sang de l'homme atteindre le chiffre de 8,000,000.

Cette augmentation des globules rouges se fait, dit Mercier, comme une sorte d'explosion en même temps que l'on s'élève et la chose est bonne à noter dans l'explication physiologique que nous donnerons du phénomène. Viault et Mercier non plus que les autres observateurs ne parlent pas des modifications subies par la tension artérielle.

Nous voyons d'après cela que l'ascension des montagnes et l'air vif des hauts plateaux agissent sur le nombre des globules rouges comme l'injection hypodermique de sérum artificiel, comme les frictions sèches, la douche, l'étincelle électrique, le massage, etc., c'est-à-dire en produisant une hyperglobulie qu'on peut dire instantanée.

Quelle interprétation plausible pouvons-nous donner de ce phénomène étrange, de ce phénomène que tout à l'heure nous disions paradoxal ?

Dès 1882, Paul Bert avait signalé l'augmentation de la capacité du sang pour l'oxygène, à une altitude de 1.700 mètres, sans

chercher à en donner une explication physiologique. Mais les observateurs Viault et Mercier, Kœppel et Wolff qui constatèrent l'augmentation du nombre des globules rouges sous l'influence de l'altitude donnèrent l'explication suivante : dans l'air raréfié, le sang ne pouvant être suffisamment saturé d'oxygène, la nature se charge, par une hyperglobulie rapide, de mettre le sang en état de se saturer d'oxygène dans la mesure habituelle.

Cette augmentation des globules rouges s'expliquerait par un retour dans la circulation des globules tenus en réserve dans les annexes de l'appareil sanguin !

M. Grawitz, qui a combattu cette hypothèse, accuse l'émission plus grande de vapeur d'eau par l'organisme, émission qui croît avec l'altitude, de produire l'hyperglobulie, la tension de la vapeur d'eau dans l'atmosphère diminuant plus rapidement que la pression atmosphérique.

M. Zuntz, à la Société médicale de Berlin (10 juillet dernier), a repoussé l'explication de M. Grawitz en faisant observer que si l'hyperglobulie instantanée tenait à la diminution de l'eau du sang, les autres tissus participeraient également à cette déshydratation, et le corps tout entier perdrait, aussi, rapidement 7 à 8 kilogr. de son poids, ce qui ne s'est présenté dans aucun des cas rapportés pas les différents observateurs.

D'après ces observations, et surtout d'après l'expérience fondamentale que j'ai exposée au commencement de cette communication, une seule interprétation me semble plausible et devoir répondre à toutes les objections.

La mise en lumière de la modification subie par la tension vasculaire permet d'affirmer que, sous l'influence de la stimulation immédiate imprimée au système nerveux central par l'injection hypodermique, stimulation que j'ai longuement démontrée dans mon travail sur l'hypodermie, l'appareil vasculaire réagit tout entier comme en témoigne la disparition du bruit de souffle et l'élévation de la tension artérielle ; le cœur gagne de l'énergie, son impulsion est plus forte, ses bruits sont mieux frappés, la tunique musculaire se contracte, la capacité totale du système circulatoire diminue, la masse liquide du sang fortement comprimée s'échappe dans les tissus périvasculaires, et les globules rouges, baignant dans une quantité de liquide beaucoup moin-

dre, apparaissent beaucoup plus nombreux dans un espace donné.

Ce que montre l'hématimètre n'est donc pas une hyperglobulie subite, c'est, tout simplement, le résultat de la concentration du sang sous l'influence de l'élévation de la tension artérielle.

Il y a donc lieu de croire qu'il n'existe pas d'hyperglobulie instantanée vraie sous l'influence de la stimulation des surfaces sensitives, non plus que sous l'influence de l'ascension des montagnes et de l'air vif des hauts plateaux et que le phénomène se réduit à une simple diminution instantanée de la capacité du système circulatoire sous l'influence d'une stimulation périphérique.

Ce relâchement d'ensemble de l'appareil circulatoire qui produit l'hypoglobulie apparente, relâchement que j'ai particulièrement étudié chez les déprimés du système nerveux, me paraît être absolument comparable aux autres distensions des muscles creux de l'économie et, pour tout dire, aux ptoses des neurasthéniques.

La mollesse de l'impulsion cardiaque, la baisse de la tension artérielle et l'hypoglobulie apparente consécutive constituent, à mon sens la ptose spéciale à l'appareil circulatoire, *la Neurasthénie vasculaire*.

Un grand nombre d'anémies sont, à coup sûr, justiciables de cette interprétation nouvelle car, il est à remarquer que, aussitôt l'hypoglobulie transformée en hyperglobulie, et la tension artérielle ramenée à la normale l'activité de toutes les fonctions s'exerce avec une énergie qui explique la réparation globulaire consécutive dont j'ai dit quelques mots au cours de cette communication.

Cette question fera d'ailleurs l'objet d'un nouveau travail, basé sur de nombreuses expériences.

Au point de vue du traitement de l'anémie, nous serons en droit de conclure que, cette hyperglobulie dont nous comprenons maintenant le mécanisme physiologique, se transformera aisément en hyperglobulie relative sous l'influence des moyens mécaniques énumérés précédemment, moyens qui en stimulant le système nerveux central par l'intermédiaire des surfaces sensitives périphériques ramèneront en même temps la tension artérielle à la normale.

De tous les moyens mécaniques dont nous jugeons l'emploi

particulièrement utile dans le traitement des anémies, celui qui nous a servi à faire la démonstration précédente est d'un emploi facile, et pour le malade et pour le médecin. Bien dirigé, ce moyen ne produit point de surmenage thérapeutique ; sauf l'état de fièvre il ne présente aucune contre-indication et le résultat thérapeutique qu'il amène, apparaît presque aussi rapidement que l'hyperglobulie instantanée qu'il détermine.

TRAITEMENT DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE[1]

par le Dr F. Verchère,
Chirurgien de St-Lazare.

Sans entrer dans l'histoire complète de la septicémie puerpérale, ce qui serait bien imprudent à moi, chirurgien, je veux seulement énoncer l'opinion que j'ai pu me faire d'après les faits pour lesquels j'ai été appelé à intervenir. Il est *trois variétés cliniques* absolument distinctes de septicémie puerpérale, qui peuvent toutes deux se comparer, se superposer pourrais-je dire, à l'infection épi-traumatique que nous rencontrons à chaque pas en chirurgie. L'une légère, à peine perceptible par ses symptômes ; c'est ce que, à tort, on appelait la fièvre de lait — l'analogue de notre ancienne fièvre traumatique du troisième jour. L'autre est la septicémie puerpérale sans localisation, d'emblée généralisée, analogue à la septicémie chirurgicale, et enfin la troisième est la septicémie puerpérale à suppuration multiple, à abcès métastatiques, à arthrites purulentes, identiques à ce qu'était notre ancienne infection purulente.

De ces trois variétés bien connues je ne dirai rien au point de vue clinique ; au point de vue symptomatique, elles ont été trop complètement et trop exactement décrites pour que je veuille essayer d'en tracer de nouveau le tableau devenu classique. Je veux me limiter exactement à la question proposée, au traitement de la septicémie puerpérale.

Ce traitement devra lui aussi se calquer sur ce qui a été fait pour la septicémie chirurgicale et de même que celle-ci a disparu

(1) Communication au Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux.

en chirurgie, de même il est de toute évidence que les mêmes procédés la feront disparaître de l'obstétrique.

Je ne veux pas entrer dans l'efficacité de la thérapeutique prophylactique de la septicémie puerpérale. C'est un fait acquis sur lequel il n'y a pas à revenir. Je me contenterai d'indiquer la méthode que j'ai suivie depuis déjà une dizaine d'années dans tous les accouchements que j'ai eu à surveiller.

A quelle idée ai-je obéi en agissant comme je vais le dire ? A la même qui m'a fait, au début de cette communication, comparer la septicémie puerpérale à la septicémie chirurgicale. L'accouchée est dans les mêmes conditions qu'une opérée. Aussi, mêmes précautions doivent être prises que l'on prend pour une opérée. Si l'on peut voir la future accouchée dans les jours qui précèdent l'accouchement, je lui fais prendre les mêmes précautions que l'on fait prendre à une opérée. Lavages chaque jour de la région, injections intra-vaginales avec solution de sublimé efficace, c'est-à-dire à 1 0/00, purgatifs légers, lavements, etc. Si la parturiente s'y soumet sans répulsion, si elle peut être examinée et soignée chaque jour, j'introduis volontiers tous les jours ou tous les deux jours, dans la semaine d'attente de l'accouchement, un tampon de gaze iodoformée. En somme, je le répète, mêmes précautions préliminaires que l'on observe chez une malade à qui l'on doit faire une hystérectomie vaginale par exemple. Précautions exagérées, me dira-t-on, je le veux bien pour certains cas; il est certain qu'une femme saine dont le col est normal, qui n'a point d'infection endocervicale ou vaginale, pourra se contenter des précautions aseptiques qu'a prises la nature pour assurer un accouchement normal. Mais peut-on toujours compter sur cette pureté vagino-utérine ? Quand il survient de la septicémie puerpérale, il faut le bien savoir, ce n'est pas toujours l'accoucheur qui en est cause, mais bien la parturiente elle même, et souvent la septicémie n'est que le résultat d'une auto-infection. Sans cela, je reviendrais aux conseils du Dr Lancry et m'en contenterais. Mais, hélas ! il faut savoir que les parturientes ne sont pas *toujours normales* et que souvent elles sont infectées localement, souvent d'une façon latente.

Si les précautions préopératoires, allais-je les appeler, n'ont pu être prises, et les conditions sont peut-être les plus fréquentes dans lesquelles on ne peut les prendre, si l'on n'est appelé qu'au

moment de l'accouchement, on est alors dans la situation du chirurgien appelé d'urgence et qui doit opérer immédiatement. Même règle de conduite que pour celui-ci.

Antisepsie des mains obstétricales, antisepsie du vagin et, s'il est possible, asepsie vagino-utérine, sinon antisepsie.

Je n'insiste pas sur les lavages de la vulve et du vagin, sur la conduite à tenir pendant l'accouchement, ici je n'ai rien de spécial à indiquer qui ne soit fait par tout accoucheur. Mais l'accouchement est terminé, la délivrance est faite. En un mot, après l'opération, quel pansement appliquer.

J'ai recherché s'il n'était pas possible, *après un accouchement aseptique*, de s'en tenir aux pansements rares, c'est-à-dire à laisser en somme à la parturiente le moins de chance possible d'infection en la livrant aux mains souvent dénuées de pureté qui la panseront, qui la laveront, qui lui donneront ses injections. Je me mets dans le cas le plus fréquent, celui qui se présente pour tout praticien occupé et surtout éloigné de son accouchée et qui ne peut chaque jour lui faire sa toilette (ce qui est le seul procédé pour être sûr qu'elle ne sera pas infectante).

Dès que l'accouchement est terminé, je fais un large et abondant lavage du vagin et de la vulve avec une solution de sublimé à 1 0/00 en ayant soin de ne pas laisser de solution dans le cul-de-sac. Il m'est arrivé un jour de constater que j'allais oublier plus d'un 1/2 litre de cette solution dans un vagin distendu, on conçoit tous les inconvénients qui auraient pu en résulter. Aussi, c'est avec le doigt suivant la canule que je fais l'injection, c'est avec le doigt tube que je nettoie les culs-de-sac, et ce n'est que lorsque j'ai constaté l'absence de caillots et de sublimé que j'enlève ce doigt explorateur et conducteur. A ce moment je complète le pansement par l'introduction dans le vagin d'un assez gros tampon de gaze iodoformée, — auquel je donne une forme allongée — de la longueur de l'index et de 3 à 4 centimètres à peu près de diamètre. Cette introduction se fait facilement en prenant le doigt comme conducteur avec une pince longue à pansements vaginaux. En somme, je le répète, c'est le même pansement que celui d'une opérée de gynécologiste. Cela fait, j'applique au-dessus de la vulve une compresse, un mouchoir plié en 8, imbibé d'une solution de sublimé à 0,50 0/00 — compresse que l'on changera et que l'on imbibera si elle vient à sécher et qui

doit rester en permanence au-devant de la vulve. Lorsque la malade urine ou va à la selle, il suffit de retirer cette compresse, de faire un lavage avant et après la miction avec la solution de sublimé et de réappliquer la compresse, pour être sûr qu'aucune infection ne peut se produire au niveau du vagin et se propager à l'utérus.

Le deuxième jour, je change le tampon, il est imbibé de séro sité sanguine, de sang, derrière lui parfois viennent quelques caillots. Pour enlever ce tampon, il suffit de le tirer par le fil que j'ai eu soin d'attacher à une des extrémités du cylindre de gaze, puis lavage soigneux du vagin avec solution de sublimé et nouveau tampon. Celui-ci, je le laisse pendant deux jours. A ce moment, même pansement que je laisse alors quatre jours, puis nouveau pansement de quatre jours, nous sommes au 11e jour. A ce moment, tout danger peut être considéré comme évité. Il suffira de laisser la malade faire elle-même chaque jour une ou deux injections de sublimé et tout sera terminé.

En somme, il n'a été nécessaire de voir la malade que 4 fois, et on a été à l'abri de tout accident. Ce petit nombre de visites à faire est bien à considérer pour le praticien. L'absence de toute manipulation, de tout pansement en dehors de lui, lui donne une sécurité absolue, et nullement n'est besoin de gardes ou de personnes qui, dans l'intervalle de ses visites, peuvent plus ou moins dangereusement exécuter ses prescriptions.

Cette méthode chirurgicale m'a donné dans tous les cas les meilleurs résultats, et dans mon service où, malheureusement, je me trouve toujours en présence d'utérus infectés, le plus souvent blennorhagiques, il ne m'est jamais arrivé, soit après un avortement, soit après un accouchement simple ou compliqué, de voir survenir une élévation de température. Efficacité et minimum d'interventions, tels sont les avantages de la méthode prophylactique de la septicémie que je voulais vous signaler.

J'en arrive actuellement aux cas dans lesquels on est en présence d'une malade atteinte déjà de septicémie. Malheureusement le cas est encore trop fréquent.

Quelque soit le mode d'invasion de cette septicémie, quelque soit sa nature, le lieu d'inoculation est toujours le même, c'est l'utérus. Le mode d'infection peut varier — je ne veux pas re-

prendre les théories anatomo-pathologiques — mais toujours cette infection se propage soit par la voie lymphatique, soit par la voie veineuse, parfois par les deux. On est, dès le début, en présence d'une lymphangite ou phlébite utérine et péri-utérine Or, j'en reviens toujours à ma comparaison chirurgicale, comment agissons-nous dans le cas de lymphangite ou de phlébite ayant pour point de départ une plaie infectée? Nous désinfectons cette plaie, nous la baignons, nous la lavons, nous la pansons et nous agissons sur la lymphangite et la phlébite de façon à arrêter si possible l'invasion microbienne.

La désinfection utérine prime toute autre indication. C'est dans la cavité utérine qu'il faut agir, et cela le plus rapidement possible. C'est aux lavages intra-utérins répétés, abondants, aseptiques souvent, antiseptiques parfois, qu'il faut avoir recours ; après chaque lavage, un pansement intra-utérin sera souvent nécessaire, tamponnement intra-utérin avec gaze iodoformée, etc. Dans quelques cas, il sera nécessaire de toucher la muqueuse utérine avec le chlorure de zinc, avec la créosote, avec le permanganate de potasse. Enfin s'il reste quelques débris placentaires, si quelques fragments de membranes sont restés adhérents, il ne faut pas hésiter à faire un curettage soigné et prudent de la cavité utérine. La lymphangite, la phlébite utérine, souvent aussi la pelvi-péritonite qui l'accompagnent au début seraient heureusement influencées par des injections chaudes, 45° à 50°, d'une durée d'une 1/2 heure à 3/4 d'heure, faites deux fois par jour.

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur ces moyens qui trouveront leurs indications suivant les faits en présence desquels on se trouvera et qui doivent être mis en œuvre avec succès le plus souvent quand on peut arriver dès le début de l'infection que l'on arrête ainsi.

Si celle-ci est faite, si la septicémie puerpérale est généralisée, le danger devient beaucoup plus pressant et nous sommes en présence de l'une des deux formes que j'ai indiquées au début.

Le traitement local génital est le seul que l'on puisse mettre en œuvre dans la septicémie générale sans foyer de localisation multiple. Je ne peux, n'ayant pas eu l'occasion de l'expérimenter, parler de la méthode des abcès fixateurs, mais ce que je puis dire, et en ceci je vais être d'accord avec tous les auteurs qui ont eu

l'occasion d'observer de pareils faits, c'est que la septicémie à abcès multiples, celle que j'ai comparée à notre ancienne infection purulente, présente un pronostic tout à fait dissemblable. Que quoique grave, quel que soit le nombre des foyers de suppuration, si ceux-ci n'atteignent pas quelque organe vital (poumons, foie, cerveau, etc.) il ne faut nullement désespérer et l'on peut voir des malades guérir, contre tout espoir.

Dans cet ordre de faits, j'ai eu l'occasion de voir une malade, dont l'histoire vient démontrer de la façon la plus complète cette possibilité inespérée d'une guérison complète. J'étais en 1890 appelé auprès d'une jeune malade qui était accouchée 17 jours auparavant. Cette jeune femme primipare, après un accouchement normal, avait été prise au neuvième jour de frisson, de fièvre élevée, 39° à 40°, et en même temps apparaissait au niveau du poignet gauche une rougeur vive, de la douleur, du gonflement.

Cette rougeur s'étendait sur tout le dos de la main et remontait jusqu'à la moitié de l'avant-bras. On diagnostiqua rhumatisme et on lui donna du salicylate de soude. La fièvre continua, les frissons se répétèrent, l'épaule droite devint douloureuse, la face devint terreuse, la langue sèche, du subdélire, et lorsque je vis la malade, elle était mourante. Je constatai l'existence d'une suppuration de tout le poignet, le carpe était transformé en un sac de noix, l'articulation radio-carpienne était prise et la suppuration remontait dans les gaines jusqu'à la moitié de l'avant-bras. L'épaule droite était gonflée, tuméfiée, globuleuse et le moindre mouvement arrachait des cris à la patiente, arthrite suppurée de l'épaule. Du côté du ventre on trouvait de l'empâtement dans les deux fosses iliaques sans fluctuations, et au toucher les deux ligaments larges étaient augmentés de volume, durs, et enclavaient l'utérus immobile. Celui-ci était gros, mou et laissait s'écouler une suppuration brunâtre d'une odeur repoussante. Je ne parle pas de l'état général qui était aussi déplorable que l'on peut l'imaginer.

Je fis cependant donner du chloroforme à la malade par mon ami le Dr Demoulin, et certes avec précaution, mais la malade était tellement faible qu'à un moment donné nous eûmes une syncope qui nous donna de fortes inquiétudes.

Quoi qu'il en soit, je fis dans la même séance un curettage

complet de l'utérus, je nettoyai la cavité utérine avec l'écouvillon et touchai avec du chlorure de zinc.

Puis je fis deux ouvertures de chaque côté du poignet et je pus nettoyer toutes les articulations, enfin je pratiquai une arthrotomie de l'épaule. Le lendemain, tout semblait marcher à souhait, la température était revenue à la normale. Je fis alors faire des injections chaudes intra-vaginales, qui furent continuées pendant une dizaine de jours. Mais, le quatrième jour, nouveau frisson, nouvelle élévation de température, reprise des phénomènes généraux. Je cherchai et ne trouvai aucune raison à cette réapparition du danger. Ni du côté de l'utérus, ni du côté des ligaments larges qui avaient certes diminué de consistance. Ce ne fut qu'après un examen prolongé que je découvris une douleur à la pression, aiguë et profonde, au niveau de la partie moyenne de la face interne de la cuisse.

Mon attention attirée de ce côté, il me sembla sentir de la fluctuation profonde. J'incisai immédiatement.

Un flot de pus qu'on peut évaluer à 5 ou 600 grammes jaillit d'un espace inter-musculaire profond. Ce fut le dernier incident. La malade guérit rapidement. Elle n'a conservé de cette grave affection qu'une demi-ankylose du poignet et une raideur incomplète des doigts. Jamais elle n'eut aucun symptôme du côté de l'utérus.

Que conclure pour le traitement de la septicémie puerpérale à localisations multiples, sinon qu'après désinfection utérine faite aussi complètement que possible, il faut poursuivre les foyers suppurés, les rechercher, les évacuer, en les ouvrant largement? Le plus souvent la cicatrisation se fait rapidement et c'est moins leur multiplicité et leur étendue que l'état général qui les accompagne qui doit faire porter le pronostic.

La septicémie puerpérale est l'analogue de la septicémie chirurgicale. Très légère et bénigne, elle répond à la fièvre traumatique des chirurgiens ; très grave, elle peut revêtir deux formes : la septicémie générale sans localisation et la septicémie à foyers suppurés multiples.

La prophylaxie est le véritable traitement qui met à l'abri de cette terrible complication. Celle-ci se fera en multipliant les moyens antiseptiques et en considérant les accouchées comme des malades devant être ou ayant été opérées. Antisepsie préobs-

tétricale, précautions antiseptiques pendant l'accouchement, enfin pansements après l'accouchement analogues à ceux que l'on fait aux opérées chirurgicales. Lavages au sublimé rares suivis chaque fois d'un tamponnement antiseptique vaginal, que l'on renouvelle le deuxième, le quatrième et le onzième jour. Economie de temps pour l'accoucheur et sécurité absolue amenée par l'absence de soins nécessaires donnés par des mains étrangères.

Si la septicémie puerpérale est établie, désinfection intra-utérine faite dès le début de l'infection dans les deux formes de septicémie.

Le pronostic de la septicémie à foyers suppurés multiples, analogue à l'ancienne infection purulente, est moins fatalement mortel. Il faut, dans cette forme, poursuivre les foyers et les ouvrir largement, quelque nombreux qu'ils puissent être, quelle que soit leur localisation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIE

(*Suite*)

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Hernie périnéale et lipome préherniaire. Grossesse et accouchement.

M. Masse (Bordeaux).— J'ai observé un cas de hernie périnéale très remarquable par le volume considérable de la tumeur. La hernie était pédiculée au niveau de la fosse ischio-rectale droite ; elle descendait un peu au-dessus du creux poplité ; elle renfermait une notable partie de l'intestin grêle et du gros intestin ; elle avait, au-dessous d'elle, un lipome volumineux qui paraît avoir joué un rôle important dans la formation de la tumeur. En effet, je crois qu'il y a eu primitivement hernie d'un petit lipome sous-séreux du cul-de-sac de Douglas. Le péritoine aurait suivi cette tumeur et la hernie intestinale aurait suivi la hernie graisseuse.

Malgré la présence de cette énorme tumeur, qui ne permettait

le coït que *more ferarum*, la femme devint enceinte. La grossesse suivit son cours normal, et malgré la hernie, l'accouchement se fit sans accident.

Cette observation, outre son intérêt comme hernie périnéale volumineuse ayant pu permettre sans accident la grossesse et l'accouchement, paraît de nature à appuyer la théorie récemment mise en lumière par M. le Dr Lucas-Championnière sur le rôle de la graisse sous-péritonéale dans le développement de beaucoup de hernies.

Tumeur du bassin ayant nécessité la basiotripsie.

M. Chambrelent (Bordeaux). — Femme de dix-neuf ans, bien constituée, ayant accouché normalement deux ans auparavant. Après vingt-quatre heures de travail, l'accouchement ne se faisant pas, M. le Dr Chevalier fut appelé et constata, avec une présentation du sommet, une tumeur occupant le petit bassin. A mon arrivée, je constatai, en effet, du côté gauche du petit bassin, une grosse tumeur très saillante, paraissant insérée au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. La distance utilisable pour le passage du fœtus, du point le plus saillant de la tumeur à la symphyse pubienne, ne dépassait pas cinq centimètres et demi.

La symphyséotomie ne pouvait, dans ce cas, rien donner. Il fallait faire, soit l'opération césarienne, soit la basiotripsie. La famille ayant déclaré préférer la mort de l'enfant aux risques d'une opération grave pour la femme, je décidai la basiotripsie : toutefois j'essayai d'abord, sans aucun succès, l'extraction par le forceps. Ce n'est qu'après avoir constaté l'impossibilité absolue de terminer l'accouchement sans broyer la tête de l'enfant que je me décidai à pratiquer la basiotripsie, qui se fit sans incidents, et amena un gros fœtus de 4 kilos.

M. Pasquale (Rome). — J'ai observé un cas semblable qui m'a paru être un fibrochondrome né sur l'articulation sacro-iliaque. J'ai pu suivre la femme pendant plusieurs années. La tumeur a augmenté progressivement, ainsi que la dureté. Un premier enfant il y a quelques années a pu être extrait par le forceps ; un second a dû être basiotripsié.

La femme réclame une opération qui la débarrasserait de sa tumeur, mais je crois que ce serait une opération trop grave pour pouvoir la conseiller.

M. Budin (Paris). — J'ai eu l'occasion il y a quelques mois de voir un fait qui s'est présenté d'abord de la même façon. Le diagnostic fait par les élèves du service était tumeur osseuse dépendant des parois du petit bassin. La tumeur était, en effet, très dure et paraissait appliquée contre la symphyse sacro-iliaque droite. Toutefois les touchers combinés par la voie rectale et par la voie vaginale ne m'ont pas permis de trouver un point d'implantation sur la paroi pelvienne ; j'ai alors pensé qu'il pouvait s'agir d'une tumeur d'origine utérine, d'un fibrome. Pour compléter le diagnostic, j'ai fait endormir la femme, et sous le chloroforme, j'ai pu constater que cette tumeur pouvait être refoulée en haut, dans l'abdomen. Le diagnostic devenait évident ; il s'agissait d'un fibrome ; il fallait attendre. En effet, quand la femme entra en travail, le fibrome remonta spontanément à mesure que la tête fœtale descendait, et l'accouchement se fit sans accident.

De la mensuration pelvienne à propos de la symphyséotomie.

M. Crouzat (Toulouse). — Je suis partisan de la symphyséotomie comme opération de nécessité, mais étant donné la gravité de cette intervention (11 °/₀ de mortalité), je m'étonne qu'on ne cherche pas à avoir plus de certitude au point de vue des dimensions véritables du bassin.

A l'heure actuelle les accoucheurs peuvent être classés ainsi : ceux qui ont recours au palper mensurateur, c'est-à-dire ceux qui essaient de mesurer le bassin, et ceux qui, de parti pris, ne le mesurent pas. La méthode digitale n'est pas un procédé de mensuration : au point de vue mathématique elle consiste à évaluer le côté d'un triangle en connaissant un de ses côtés, et en déduisant une quantité constante pour les uns, variable pour les autres et sur laquelle on n'est pas fixé pour un cas donné !

On ne peut donc considérer la mensuration digitale comme une méthode de mensuration, mais simplement d'approximation. Quant au palper mensurateur, il n'a jamais donné de résultats suffisants.

M. Farabeuf a, dernièrement, inventé un nouveau pelvimètre qui se compose d'une branche qu'on introduit dans la vessie et d'un doigtier. Or, l'idée de la branche vésicale est déjà ancienne ;

plusieurs l'ont essayée, le dernier est Inverardi ; quant au doigtier et à la disposition de l'instrument, c'est, autant qu'on peut en juger par une figure, mon pelvimètre modifié, mais non amélioré, car M. Farabeuf a remplacé par une tige droite l'arc qui doit se placer tangentiellement au pubis.

Grâce à mon pelvimètre, j'ai pu extraire avec mon forceps des enfants vivants dans des bassins de sept centimètres ; je voudrais qu'avant de pratiquer une symphyséotomie, on mesurât avec certitude le bassin pour être sûr que l'opération est justifiée ; on n'aurait pas l'ennui de voir accoucher spontanément des femmes chez lesquelles on avait annoncé que la symphyséotomie était indispensable.

M. La Torre (Rome). — De tous côtés on s'ingénie à rechercher les dimensions du bassin ; elles ne valent que mises en comparaison avec l'autre élément du problème, les dimensions de la tête fœtale.

On peut facilement arriver à supposer les dimensions de celle-ci si l'on tient compte de l'hérédité. J'ai vu que les fœtus qui étaient fils de père bien portant, pesaient en moyenne 3250 gr., ceux dont le père est malade d'une façon quelconque se développent beaucoup moins ; ils pèsent, à terme, 2500 gr. Du poids du corps du fœtus, on déduit facilement les dimensions de sa tête. Celles-ci sont inférieures d'un centimètre et demi chez les fils de père malade.

Donc, lorsque l'on pourra connaître le père de l'enfant d'une femme à bassin rétréci, et si le père est malade, on peut attendre sans crainte, l'enfant sera petit et l'accouchement se fera facilement. On peut même dire que les femmes à bassin rétréci devraient toujours prendre des hommes malades, si elles veulent ne pas avoir des accouchements dangereux.

M. Tarnier. — M. Crouzat a raison de dire que le toucher mensurateur conduit à de grosses erreurs. Dernièrement encore j'ai pris un faux promontoire ; on peut ainsi être trompé par bien des éléments, l'épaisseur des parties molles, l'existence de saillies anormales, mais ces causes d'erreur subsistent avec l'instrument de M. Crouzat.

A propos du bassin ilio-fémoral; diagnostic de la luxation de la hanche.

M. P. Budin. — Il y a grand intérêt pour l'accoucheur à faire

le diagnostic de la luxation simple ou double de la hanche ; on y parvient facilement et avec certitude en se servant de certaines données fournies par Paul Richer et en y ajoutant l'étude des formes et la mensuration de la région fessière.

A l'état normal, la ligne qui passe par le bord supérieur du grand trochanter (ligne épitrochantérienne), prolongée en avant, coupe en son milieu la ligne oblique qui va de l'épine iliaque antérieure et supérieure au pubis ; s'il y a luxation de la hanche, la ligne épitrochantérienne aboutit près de l'épine iliaque antéro-supérieure, quelquefois arrive à son niveau ou au-dessus.

En arrière, cette ligne épitrochantérienne atteint la pointe du sacrum ; lorsqu'il y a luxation de la hanche, elle passe plus haut, se rapproche de l'épine iliaque postérieure et inférieure.

La distance qui va du sol au milieu de la rotule, reportée du milieu de la rotule en haut, doit aboutir à l'épine iliaque antéro-supérieure ; s'il y a luxation, cette distance arrive, sur la paroi abdominale, à un certain nombre de centimètres au dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Enfin, du côté de la luxation, la distance qui va de la surface externe du grand trochanter au sillon interfessier ou à la ligne des apophyses épineuses du sacrum est généralement plus considérable de 2, 3, 4 centimètres que celle du côté opposé.

M. Rapin (Lausanne). — Un signe de luxation de la hanche, que M. Budin n'a pas signalé, est le rapprochement de l'épine iliaque supérieure et postérieure de la crête sacrée du côté malade.

M. Budin. — J'ai recherché ce point, j'ai vu que ce rapprochement existe surtout dans les bassins de Nœgelé, mais je n'ai pas trouvé de rapprochement sensible dans les cas de bassin illio-fémoral.

Trois cas de mort et de rétention du fœtus dans des utérus primitivement rétrofléchis.

MM. Chaleix et Fieux (Bordeaux). — Nous voulons rapprocher trois cas dans lesquels le produit de la conception a été, après sa mort, retenu dans des utérus rétrofléchis un mois, deux mois et demi et huit mois.

I. — Femme de trente-deux ans. Premières règles à vingt ans, très dysménorrhéique. En août 1892, nous reconnaissons chez elle une grossesse de trois mois ; utérus très rétrofléchi. Peu

après, hémorragie de courte durée ; montée du lait ; cessation progressive des troubles sympathiques. Les mois suivants légère apparition des règles. Du 5 au 24 avril 1893, douleurs violentes; col dur, allongé, fermé. Le 24, expulsion en un temps d'un œuf verdâtre du volume du poing.

II. — Femme de trente ans. Soignée antérieurement par nous pour une rétroflexion adhérente, devient enceinte à la fin de septembre 1894. Le 30 novembre, pertes de sang et coliques. Le 12 février, expulsion d'un œuf contenant un liquide noirâtre et un embryon de six à sept semaines. Un examen fait la veille montrait que le col était dur, conique, relié par un angle de flexion très aigu à un utérus rétrofléchi et peu volumineux.

III. — Grossesse survenue dans un utérus fixé en rétroflexion. Le corps fait avec le col un angle aigu. Mort du fœtus au troisième mois, avant tout phénomène d'enclavement. Expulsion trente jours après environ.

Il faut noter ici 1° la grossesse survenue malgré une rétroflexion accentuée; 2° la mort du fœtus à une période précoce ; 3° sa longue rétention facilitée par l'intensité de la rétroflexion et par le défaut absolu de tout ramollissement cervical.

Nous pensons qu'il y a une relation causale entre la mort prématurée du fœtus et les troubles circulatoires provoqués par la situation vicieuse de l'utérus : coudure de l'artère utérine au niveau de l'angle de flexion, coudure des artères utéro-ovariennes sur le bord tranchant des replis utéro-sacrés.

Dans ces trois cas, absence totale de tout caractère gravidique du col comme s'il n'avait pas participé aux modifications anatomiques entraînées par la grossesse.

Ces faits méritent d'être signalés ; ils pourraient, en l'absence de tout commémoratif, induire le chirurgien en erreur et lui en imposer pour une production pathologique justiciable d'une intervention. *(Bull. méd.)*

E. Apert.

(*A suivre*).

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE DE BORDEAUX.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

—

Tétanos consécutif à une morsure de la langue chez une éclamptique.

M. Abelin (Bordeaux). — Une femme éclamptique, présentant des morsures profondes de la langue, me fut amenée à la Maternité de Rochefort. Les crises diminuèrent sous l'influence de lavements de chloral et disparurent tout à fait après l'accouchement hâté par une application de forceps. La malade semblait guérie quand, huit jours après l'accouchement, elle fut prise de crises tétaniques et succomba quarante-huit heures plus tard.

Il est vraisemblable que les plaies de la langue s'étaient contaminées par la poussière du plancher de la voiture dans laquelle la malade avait été amenée ; elle avait eu une violente crise éclamptique durant le trajet. Ce qui prouve, dans ce cas, que la porte d'entrée était la langue et non la plaie utérine, c'est que les premières crises de tétanos furent précédées par de violentes douleurs de la langue.

Lésions du fœtus dans l'éclampsie.

MM. Cassaet et Chambrelent (Bordeaux). — Nous avons examiné histologiquement les foies et les reins d'enfants d'éclamptiques nés morts, ou ayant succombé peu après la naissance. La mort peut survenir par deux mécanismes bien différents : 1° à cause de lésions placentaires, hémorrhagies et dégénérescences ; dans ce cas le fœtus meurt *in utero* et naît mort et souvent macéré ; 2° par altérations histologiques du foie et des reins, semblables à celles que l'on observe chez les mères ; ces lésions expliquent la mortalité énorme des enfants d'éclamptiques, même quand ils sont nés vivants et bien développés.

Symphyséotomie.

M. Lefour (Bordeaux). — On peut espérer, en combinant la symphyséotomie à l'accouchement prématuré, extraire vivants des enfants pour qui une trop grande disproportion entre les diamètres de leur tête et les dimensions du bassin maternel semblerait imposer la basiotripsie.

Dans un premier cas, chez une femme achondroplasique, ayant un bassin de six centimètres et quart (promonto-pubien minimum), j'ai provoqué l'accouchement prématuré à huit mois de grossesse et j'ai fait la symphyséotomie ; malgré cela l'enfant n'a pas pu passer et l'opération s'est terminée par une basiotripsie.

Un second cas a été plus heureux ; il s'agissait d'une rachitique primipare mesurant huit centimètres de diamètre promonto-sous-pubien. A huit mois, je provoque l'accouchement ; je tente en vain d'extraire la tête avec le forceps ; sans enlever l'instrument je fais la symphyséotomie ; la tête passe alors facilement. L'enfant pesait 3180 gr. et mesurait neuf centimètres et quart de diamètre bipariétal.

M. Tarnier (Paris). — Un gros inconvénient de la symphyséotomie est la difficulté d'obtenir la coaptation des pubis et d'assurer la solidification de la symphyse. On use de bien des appareils pour maintenir les os iliaques ; j'emploie une simple ceinture de caoutchouc passée sous le siège de la malade et suspendue à l'aide de cordes qui vont se croiser au-dessus du lit et se réfléchissent sur des poulies ; à ces cordes sont suspendus des poids plus ou moins lourds, qui permettent de graduer à volonté la compression exercée sur les os iliaques.

M. Queirel (Marseille). — J'ai fait treize symphyséotomies sans jamais avoir observé le relâchement consécutif du pubis. La mortalité maternelle a été nulle ; dix enfants ont succombé.

M. Solovieff (Moscou). — Est-il si important d'obtenir la consolidation du pubis ? ne vaut-il pas mieux maintenir l'écartement pour permettre les accouchements ultérieurs ?

M. Audebert (Bordeaux). — Une de mes opérées, malgré l'absence de réunion des pubis, peut faire de longues marches, et continuer son métier de marchande ambulante.

M. Budin (Paris). — On ne saurait nier que la symphyséotomie fait courir plus de risques à la femme et moins de risques à l'enfant que les autres interventions. On sera très autorisé à l'employer si la femme déclare préférer risquer sa vie et avoir un enfant vivant ; mais on n'a pas le droit de l'employer sans avertir la femme de la situation et sans tenir compte de son avis.

Je me réservais de pratiquer une symphyséotomie chez une femme rachitique, atteinte de luxation double de la hanche et ayant neuf trois-quarts de diamètre promonto-pubien. Elle avait

déclaré vouloir tout risquer pour sauver son enfant. Mais elle accoucha spontanément au bout de huit mois d'un enfant vivant de 2800 gr.

M. GRYNFELTT (Montpellier). — J'ai vu de même accoucher spontanément, quelque temps avant le terme, une femme que je comptais bien symphyséotomiser. Dans un autre cas, je devais pratiquer la symphyséotomie pour réduire une rétroflexion de l'utérus gravide ; la réduction se fit d'elle-même avant que j'aie pu opérer.

M. QUEIREL. — Je ne considère pas la symphyséotomie comme plus dangereuse pour la femme que le forceps, la basiotripsie ou l'accouchement prématuré provoqué. C'est une opération facile, les difficultés opératoires ont été bien exagérées ; on trouve toujours l'interligne pubien ; les hémorragies s'arrêtent facilement. Quant aux accidents septiques, ils sont la faute de l'opérateur et non de l'opération. La symphyséotomie ne doit pas seulement se faire à l'hôpital ; elle doit entrer dans la pratique des médecins ; c'est une opération d'urgence au même titre que celle d'une hernie étranglée.

M. LEFOUR. — Je ne me risquerais pas à pratiquer une symphyséotomie à l'improviste, sans aides exercés et sans être sûr de mon asepsie et de celle de l'entourage.

M. TARNIER. — La symphyséotomie permet d'attendre le terme de la grossesse dans beaucoup de cas ; elle est, à ce point de vue, excellente pour l'enfant ; mais pour la mère les statistiques donnent une forte mortalité qui prouve que ce n'est pas une opération bénigne ; elle a fourni à Morisani 11 % de mortalité maternelle, et 22 % de mortalité infantile. Pinard donne les chiffres suivants : 8 % de mortalité maternelle, 10 % de mortalité infantile. La symphyséotomie est aussi grave que l'opération césarienne qui compte 9 morts maternelles et 8 morts infantiles pour 100.

Depuis 1888, j'ai provoqué 116 fois l'accouchement prématuré pour bassin rétréci ; je n'ai perdu aucune femme ; la mortalité infantile a été de 22 %. Plus le bassin est rétréci, plus doit être précoce l'époque où il faut provoquer l'accouchement et plus est grand le risque pour l'enfant. Dans les bassins très rétrécis il peut être indiqué de pratiquer la symphyséotomie. Dans la très grande majorité des cas, c'est à l'accouchement prématuré qu'il conviendra d'avoir recours.

Rupture intra-utérine des membranes ; fœtus développé entre les membranes et la paroi utérine.

M. Tarnier (Paris). — Une femme enceinte de cinq mois s'enfonça par accident une longue aiguille dans le ventre ; à quelques jours de là elle perdit de l'eau en abondance mais la grossesse continua son cours. Elle accoucha à huit mois et demi d'un enfant bien conformé ; mais les annexes présentaient les particularités suivantes : la poche membraneuse était très petite, elle ne contenait que 210 grammes d'eau, alors que l'enfant, placé dans un baquet, déplaçait 900 grammes de liquide ; l'ouverture des membranes était très petite ; elle représentait à peine le contour d'une pièce de 5 francs et certainement l'enfant n'avait pu passer là qu'étant encore tout petit. Il est donc vraisemblable qu'au terme de cinq mois, les membranes se sont rompues à la suite du traumatisme, et que le fœtus, entraîné par le déplacement des eaux, est sorti de la poche par cette déchirure. Puis il s'est développé entre les membranes et la paroi utérine.

COMMUNICATIONS DIVERSES.

M. Kufferath (Bruxelles). — *Moyen de provoquer l'accouchement prématuré par irrigation d'eau décollant les membranes.*

M. Hirigoyen (Bordeaux). — *Traitement du placenta prœvia par le tamponnement vaginal.*

M. Audebert (Bordeaux). — *Des injections de sérum artificiel en obstétrique.*

M. Kehrer (Heidelberg). — *De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées.*

MM. Audebert et Chaleix (Bordeaux). — *Conduite à tenir dans l'avortement incomplet.*

MM. Lefour et Oui (Bordeaux). — *Sur les nœuds du cordon.*

M. Lugeol (Bordeaux). — *Myxome non vésiculaire du placenta.*

M. Merz (Alger). — *Deux opérations césariennes.*

M. Robert (Pau). — *Eclampsie et accouchement forcé.*

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE L'ISÈRE.

Séance du 4 juin.

UN CAS D'INVERSION UTÉRINE.

M. MONNAZ présente un cas d'inversion utérine, observée il y a quelques années. Il s'agit d'une jeune femme accouchée par une sage-femme. Tractions vigoureuses sur le cordon. Au même moment phénomènes dramatiques habituels : hémorrhagie terrible. Le docteur Bisch père appelé essaie la réduction sans succès.

Cette femme ne succomba pas à ses pertes de sang qui durèrent sans arrêt pendant six mois. A ce moment, M. Montaz consulté trouva une inversion au 3e degré ; tumeur grosse comme une petite orange, rouge, peu sensible, saignante, sortant par le col et faisant saillie dans le vagin. Le col encerclait cette tumeur, et l'hystéromètre, promené dans la rainure, trouvait une gorge lisse circulaire. Par le toucher rectal, pas de corps utérin au-dessus.

État général très mauvais. Tissus exsangues, syncopes, etc.

M. MONTAZ conseilla une intervention qui fut acceptée : sous le chloroforme, donné avec précautions, il fixa le col à l'aide de deux pinces à pansement utérin, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure. Puis, ne trouvant dans sa vitrine aucun instrument plus ou moins imité du repositor de White de Buffalo, il prit un ostéotome de Mac Ewen et pressa avec le manche sur la tumeur utérine. Cette pression maintenue pendant quelques instants amena bientôt la réduction brusque.

M. Montaz pense qu'on doit toujours essayer des petits moyens. A ce sujet, le pessaire de Gariel peut rendre des services. S'il échoue, il a au moins l'avantage de ramollir le col et de préparer sa dilatation. On essaie alors de réduire. Pour la fixation de l'utérus, certains gynécologues ont conseillé la pression abdominale, d'autres le doigt rectal (Courty) ; mais rien ne vaut la fixation directe du museau de tanche.

On comprime alors le corps inversé avec un instrument creux ou tout autre. Cette pression continue agit comme les tractions élastiques dans les luxations de l'épaule et la réduction s'effectue.

Si ce moyen échouait et que l'opération fût indiquée, on devrait songer à l'ablation du corps. M. Montaz trouve que le ligateur de

Périer sent la vieille chirurgie, avec ses procédés, lents, aveugles et dangereux. N'est-il pas plus simple de mettre une forte ligature de soie sur le pédicule et de trancher l'utérus d'un coup de ciseaux. On évite ce long sphacèle de l'utérus, la présence en permanence d'un instrument entre les cuisses. Enfin il n'est pas démontré qu'on soit sûrement, par le procédé de Périer, à l'abri des accidents de résorption putride ou d'infection péritonéale.

Séance du 11 *juin.*

EXTRACTION D'UN CRAYON DANS L'URÈTHRE D'UNE JEUNE FILLE.

M. MONTAZ présente un crayon qui a rempli le rôle de pénis dans l'urètre d'une jeune fille de 16 ans. Comme toujours, dans la chaleur de l'action, cet audacieux phallus en miniature s'est égaré dans les profondeurs de la vessie et y est resté. Grand émoi dans la famille, petites hématuries fréquentes. Trois jours après, M. Montaz pratique l'extraction de la façon suivante :

Anesthésie ; dilatation progressive de l'urètre avec les bougies de Hégar pour permettre le toucher vésical ou tout au moins pour faciliter le passage des instruments. Le crayon est dans la position transversale classique, ce que le toucher vaginal avait déjà établi ; il est saisi avec des pinces variées, mais persiste avec entêtement dans sa position. D'ailleurs la vessie est appliquée sur lui.

M. Montaz emploie alors un procédé qu'il avait vu appliquer chez un frère de la doctrine chrétienne : ce dernier s'était introduit dans la vessie un magnifique manche de porte-plume en ivoire. Tous les redresseurs de Leroy d'Étiolle et autres avaient fait mentir leur belle appellation et le chirurgien lassé s'était mis à tirer vigoureusement sur le lithotriteur, chargé du corps étranger. Ce dernier, déprimant la cloison recto-vésicale et s'en coiffant vint mettre le nez à l'anus, où un léger coup de bistouri suffit à l'extraire. Guérison sans fistule. Usant donc du même procédé, M. Montaz saisit par l'urètre le crayon, avec une grande pince à hystérectomie, arrête celle-ci et lui fait subir une rotation d'un quart de cerle. Le crayon, saisi près d'une extrémité, fait saillir la paroi vésico-vaginale, grâce au mouvement de levier de la pince, qu'on relève vers le pubis. En exagérant le mouvement, le

crayon, toujours coiffé de la double muqueuse, franchit la vulve. Un coup de bistouri le met à nu et permet sa facile extraction.

Mais il n'y avait que la moitié du crayon, le décollement s'étant effectué dans l'urine. Nouvelle recherche avec la pince ; la deuxième moitié est retrouvée, tournée, engagée dans la petite plaie, qui a laissé passer la première. Deux points de suture au crin ; sonde à demeure. Guérison rapide sans fistule, ce qui était à prévoir ; car l'établissement des fistules vésico-vaginales, de même que leur pronostic opératoire, est essentiellement lié à l'état des bords. Leur dimension est quantité négligeable.

(*Dauphiné médical*).

67e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

***à Lübeck du* 16 *au* 21 *septembre* 1895.**

DE L'EXPLORATION EXTERNE EXCLUSIVE DANS LES ACCOUCHEMENTS NORMAUX.

M. Léopopd (Dresde) est un des adversaires les plus déterminés de l'exploration de l'utérus en obstétrique par le toucher vaginal hors du cas de nécessité. Toutefois il reconnaît que, si par le palper on peut non seulement diagnostiquer la présentation et ses variétés, mais encore suivre les différentes phases de l'accouchement, l'exploration interne ne peut pas être absolument abandonnée. Mais cette exploration doit être réservée aux cas pathologiques on bien servir à compléter l'examen par la palpation.

L'expérience, aussi bien à la clinique que dans la clientèle, montre qu'un très grand nombre d'accouchements peuvent être entièrement suivis par l'examen externe. Le toucher a ses indications et ne doit être fait que quand ces indications se rencontrent. C'est lorsqu'il se produit quelque chose d'anormal dans l'effet des douleurs ou dans l'état de la mère ou de l'enfant.

Dans les écoles d'accouchement on doit enseigner simultanément l'exploration interne et externe, mais il faut ensuite insister sur ce que les accouchements normaux doivent être exclusivement surveillés par l'exploration externe.

Dans la clientèle, la statistique n'indique pas encore à propos de la fièvre puerpérale les progrès qu'on devra constater. Cela tient

aux difficultés de l'antisepsie. Aussi devrait-on réduire autant que possible l'exploration interne.

M. Schatz (Rostock) pense aussi que dans des cas très nombreux les accouchements ne nécessitent pas d'autre examen que l'exploration par manœuvres externes.

M. Fehling (Halle) ne veut pas faire la guerre à l'exploration interne autant que M. Léopold. Cette théorie gynécologique est un danger pour l'obstétrique. Les sages-femmes moins instruites du toucher, ne le pratiquant plus guère ne tarderont pas à le désapprendre. Il faut apprendre aux sages-femmes à se désinfecter et à y mettre le temps, car il n'y a pas de désinfection rapide. On doit leur enseigner à éviter de se mettre au contact des lochies ; c'est là le danger et c'est le point sur lequel il faut insister. Quant aux médecins, ils doivent être davantage instruits de l'exploration interne. En somme il ne faut pas exagérer l'interdiction de l'exploration interne.

C'est également l'avis de M. Werth (Kiel). Comme exemple des exagérations auxquelles on peut arriver, il cite la prescription de certains accoucheurs de recourir au toucher rectal pour éviter le toucher vaginal. Il faut donner aux sages-femmes des instructions très précises et laisser le moins possible s'exercer leur décision personnelle.

M. Lomer (Hambourg) recommande l'emploi de gants de caoutchouc pour le toucher vaginal ; ces gants se désinfectent aisément par le sublimé, et d'une manière générale ne rendent pas les sensations moins précises.

M. Brennecke dit que ces théories n'ont pas grande influence sur les sages-femmes. Il ne faut pas espérer avoir dans la clientèle pauvre une exacte antisepsie.

M. Keilmann (Breslau) dit que dans la policlinique on ne peut pas éviter le toucher vaginal. Mais à la clinique de Breslau mille accouchements ont été faits sans exploration interne. Il faut faire le toucher vaginal pour reconnaître l'état de dilatation du col de l'utérus, mais il est inutile d'aller chercher les fontanelles.

Présence de substances immunisantes dans le sang des nouveau-nés.

Deux théories se trouvent en présence pour expliquer la résistance de l'organisme aux maladies infectieuses : c'est d'abord la

théorie phagocytaire de Metschnikoff, c'est ensuite la théorie humorale de Buchner et Emmerich. Jusqu'ici, ni l'un ni l'autre n'a pu rendre compte de tous les faits et n'a été susceptible d'une application générale. Dans ces derniers temps il semble qu'on tende à les concilier.

M. Fischl (Prague), pour contribuer à éclaircir la question de l'immunité, a examiné le sang de nouveau-nés à ce point de vue. En collaboration avec M. von Wunschheim, il a inoculé à des cobayes des bouillons de cultures de diphtérie et du sang de nouveau-né soit simultanément, soit séparément. 82 enfants ont été l'objet de cet examen, et pour 68 d'entre eux (c'est-à-dire 83 %) le sang a été trouvé doué de propriétés immunisantes plus ou moins marquées contre la diphtérie ; 14 fois (17 %) seulement il en était complètement dépourvu.

Ces résultats concordent avec ceux que Wassermann a indiqués pour les adultes (v. *Bulletin Médical*, 1894, p. 990).

Prédisposition des nourrissons aux maladies infectieuses.

M. Neumann (Berlin) a cherché à déterminer quelle influence pouvait avoir le mode d'alimentation des nourrissons sur l'éclosion et la marche des maladies infectieuses. Ses recherches ont porté particulièrement sur la rougeole et la coqueluche. L'examen des indications données par le recensement au point de vue du mode d'allaitement, montre qu'à Berlin les enfants nourris au sein ont une prédisposition à la coqueluche à peu près égale à celle des enfants artificiellement allaités ; pour la rougeole les premiers auraient une légère infériorité.

Prenant en considération les travaux de M. Paul Ehrlich sur l'immunité conférée par la mère à l'enfant, M. Neumann conclut que, sans la nier il faut la regarder comme de peu d'importance. Quant à ce qui est du transfert de l'immunité par l'allaitement, il semble ne pas exister : tout se passe comme si les enfants allaités par des femmes ayant eu la rougeole contractaient plus facilement la maladie. Pour la coqueluche, au contraire, le transfert de l'immunité par l'allaitement paraît évident.

Ce qui vient à l'appui de cette dernière constatation, c'est qu'en Angleterre, où beaucoup de mères sont immunisées par une coqueluche antérieure, les enfants nourris au sein contractent rare-

ment la maladie. Il semble aussi que pour la variole il y ait transfert de l'immunité maternelle au nourrisson.

Le pronostic de la coqueluche est plus grave pour les enfants artificiellement allaités, ce qui pourrait tenir au rachitisme ; cette différence n'existe guère pour la rougeole. Pour cette dernière maladie, ce qui aggrave le pronostic, c'est la possibilité de l'éclosion d'une tuberculose aiguë consécutive, et la mortatité par la rougeole pour les enfants nourris au sein est comparable à leur mortalité par la méningite.

M. Pott (Halle) attire l'attention sur l'infection intra-utérine. L'enfant d'une mère syphilitique peut être nourri par elle sans contracter la syphilis, il a acquis l'immunité contre la maladie.

M. Biedert (Haguenau) ne croit pas à la réalité de l'immunité intra-utérine : l'enfant d'une mère vaccinée pendant sa grossesse n'a pas d'immunité contre la variole.

M. Steffen rapporte l'observation d'une femme qui, trois jours après son accouchement, fut atteinte de variole. L'enfant fut vacciné de suite et ne contracta pas la maladie. Six semaines plus tard, il se trouva en contact avec des individus contaminés par des croûtes de variole ; il contracta alors une variole dont il mourut.

M. Neumann dit qu'il est impossible de tirer des conclusions d'observations isolées ; il faut pour cela des statistiques étendues.

M. Czerny (Breslau) ne pense pas qu'on puisse tirer des conclusions précises des statistiques de M. Neumann ; la symptomatologie de la coqueluche n'est pas assez précise pour le diagnostic.

REVUE DE LA PRESSE

MORT PAR HÉMORRHAGIE CONSÉCUTIVE A LA PONCTION D'UN KYSTE DE L'OVAIRE.

A l'heure actuelle les chirurgiens sont d'accord pour considérer dans les kystes de l'ovaire la ponction curative comme une méthode d'exception, qui doit être réservée exclusivement aux cas dans lesquels il existe une contre-indication réelle à la laparotomie. La ponction exploratrice elle-même ne doit être employée qu'avec la plus

grande réserve, en raison des dangers réels qu'elle peut entraîner. L'observation relatée par M. Boursier (*Gaz. hebdom. de Bordeaux*) est un nouvel exemple des suites que peut entraîner cet acte opératoire.

Une femme de cinquante et un ans, chez laquelle on avait diagnostiqué, trois ans auparavant, un fibrome utérin, se présente dans l'état suivant : amaigrissement considérable, ventre énorme et tellement tendu que toute palpation est impossible. Au dire de la malade, l'énorme distension du ventre ne datait que de quelques mois et était consécutive à une chute. La percussion indiquait une matité absolue de tout l'abdomen ; la sensation de flot était nettement perçue d'un côté à l'autre.

Dans l'impossibilité de pratiquer un examen complet permettant de préciser le diagnostic, M. Boursier se résolut à pratiquer une ponction exploratrice. Elle fut faite, à droite de la ligne médiane et notablement au-dessous de l'ombilic, avec le trocart n° 2 de l'appareil de Dieulafoy. Elle donna issue à cinq litres d'un liquide brunâtre, manifestement hémorrhagique, mais résultant certainement d'une hémorragie ancienne, probablement due à la chute mentionnée plus haut. A aucun moment le liquide ne changea de couleur et ne parut contenir du sang rouge nouvellement sorti des vaisseaux. Au moment où on retira le trocart, il ne s'écoula pas une goutte de sang. Il restait encore une certaine quantité de liquide dans la poche que, la palpation, rendue possible au cours de la ponction, avait fait reconnaître comme un kyste de l'ovaire.

Pendant que l'opérateur plaçait un bandage de corps, destiné à comprimer l'abdomen, il vit la malade pâlir et perdre connaissance, et sentit en même temps le ventre se gonfler subitement, tandis que la poche reprenait rapidement son volume, malgré une énergique compression. Ce ne fut qu'après trente-cinq minutes de soins que la syncope prit fin. La malade resta pendant plusieurs heures dans un état demi-comateux. Vers la fin de l'après-midi, le ventre augmenta encore de volume : la malade perdit progressivement connaissance et succomba dans la soirée.

Il s'est produit évidemment une hémorrhagie intra-kystique. Les observations en sont peu nombreuses dans la littérature médicale, ce qui peut tenir non seulement à la rareté de l'accident, mais aussi à ce qu'un certain nombre de ces cas malheureux n'ont pas été publiés. Néanmoins, les faits publiés montrent que l'hémorrhagie intra-kystique,

consécutive à la ponction, peut se manifester de deux façons. Dans les cas les plus fréquents, elle survient vers la fin de l'évacuation de la poche, et l'on peut voir sortir par la canule du trocart du sang plus ou moins rouge. D'autres fois, au contraire — comme dans le cas que nous rapportons — l'hémorrhagie est uniquement intra-kystique ; elle survient après le retrait du trocart, sans qu'il s'écoule une goutte de sang au dehors. L'hémorrhagie ne peut alors se reconnaître que par les signes généraux des grandes hémorrhagies.

L'hémorrhagie intra-kystique produite, il est admis aujourd'hui d'avoir recours le plus tôt possible à une ovariotomie d'urgence pour éviter une nouvelle hémorrhagie. C'est la conduite qui aurait été tenue si la malade s'était assez remontée pour supporter l'opération.

L'enseignement qui découle de ce cas malheureux, est qu'il ne convient pas de transformer une ponction exploratrice en ponction évacuatrice. Dès que le diagnostic est assuré, il faut arrêter l'écoulement du liquide et avoir recours à l'ovariotomie pour guérir la malade, à moins de contre-indications formelles. « C'est le soulagement progressif, qu'éprouvait la malade à mesure que son kyste s'évacuait, qui m'a poussé, dit M. Boursier, à déroger un peu à la règle énoncée ci-dessus. » Il est probable que si l'évacuation du kyste eut été moins complète, l'hémorragie intra-kystique n'eût pas eu lieu, ou tout au moins qu'elle eût été moins grave.

(*Bull. méd.*)

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES.

La multiplicité des traitements préconisés contre les métrorrhagies donne à tous l'idée de leur trop fréquente inefficacité. Parmi les spécifiques prônés récemment contre les hémorrhagies, il faut citer en premier lieu l'antipyrine appliquée *loco dolenti*. Pour faciliter son application locale, le Dr Labadie-Lagrave associe l'antipyrine au salol qui fond à la température relativement basse de 43°. Voici le procédé tel qu'il est décrit dans la « *Presse médicale* » de Paris :

« La méthode est des plus simples, et l'on peut préparer extemporanément le liquide à employer.

» Il suffit pour cela de chauffer sur la lampe à alcool un tube à essais, au tiers rempli de parties égales de salol et d'antipyrine ; la fusion se produit en deux ou trois minutes, et l'on obtient un liquide légèrement brunâtre, qui a l'inconvénient de se solidifier

rapidement, lorsqu'il est depuis quelques instants soustrait à l'action de la chaleur. Pour retarder le point de solidification, on n'a qu'à continuer à chauffer jusqu'à ce que le mélange ait une couleur franchement brune ; le liquide obtenu ainsi restera suffisamment longtemps en fusion.

» Pour introduire ce liquide dans la cavité utérine, on se sert d'une baguette mince en osier, portant, enroulée à son extrémité, un petit tampon d'ouate hydrophile. Après mise en place du spéculum, on trempe le tampon d'ouate dans le mélange liquide d'antipyrine et de salol, refroidi à une température tolérable pour l'utérus ; on introduit le tampon placé à l'extrémité de la tige dans la cavité utérine, sans exercer de pression trop considérable, et on fait un badigeonnage de toute la cavité. Retirant ensuite le tampon, on l'imbibe à nouveau et l'on fait ainsi deux ou trois applications successives, selon l'importance de l'hémorrhagie ; puis, on laisse dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de glycérine créosotée, et on recommande le repos au lit.

» Ces applications ne sont nullement douloureuses ; elles n'ont aucun inconvénient et n'ont jamais provoqué le moindre accident. Aussitôt après les badigeonnages, l'hémorrhagie s'arrête : c'est à peine si la femme perd encore quelques gouttes de sang dans la journée, et le jour suivant il n'y a plus trace d'hémorrhagie. Aussi est-il rare qu'on soit obligé de refaire une deuxième application le lendemain. »

DE LA SYPHILIS DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME.

M. Neumann a étudié les altérations des organes génitaux internes de la femme dues à la syphilis en se basant sur les observations de six mille malades.

A l'exception des papules humides, les exanthèmes précoces ne peuvent, sur ces organes, être reconnus avec certitude.

Sur huit cents cas d'accidents primitifs, cinquante et un siégeaient sur le col utérin et quatre seulement sur la paroi vaginale. Le diagnostic du chancre du col est souvent difficile chez les multipares, bien que ce soient ces femmes qui le contractent le plus aisément. Aussi la proportion ci-dessus est-elle inférieure à la réalité. Ces chancres ont cependant une certaine importance ; car non seulement ils sont fréquemment le point de départ d'une nouvelle contagion, mais

encore ils peuvent donner lieu à des rétrécissements cicatriels, à des atrésies de l'orifice utérin, à des troubles de la menstruation.

Les accidents syphilitiques tardifs (gommes, ulcérations) siégeant aux organes génitaux internes sont mis hors de conteste par de nombreuses observations. Les gommes du vagin siègent le plus souvent à l'orifice ou au tiers inférieur, rarement dans les deux tiers supérieurs. On voit quelquefois une infiltration gommeuse diffuse du vagin et il peut en résulter des fistules recto-vaginales. Dans ces cas on observe souvent une récidive *in situ*.

M. Neumann ne connaît qu'une observation de lésion syphilitique du corps de l'utérus ; cependant la métrite et l'endométrite sont des causes fréquentes d'avortement ou d'accouchement prématuré et elles doivent jouer un rôle important dans la stérilité. Dans bien des cas, il est difficile de démontrer leurs relations étiologiques avec la syphilis.

A l'aide de données statistiques, M. Neumann prouve ensuite l'influence néfaste de la syphilis sur la descendance. La mort du fœtus par l'effet de la syphilis reconnaît des causes nombreuses et variées, et nous ne devons plus nous en tenir à l'ancienne idée autrefois généralement reçue de l'infection par l'ovule ou le spermatozoïde.

Dans bien des cas, l'explication de cette mort se trouve dans les maladies syphilitiques du muscle ou de la muqueuse de l'utérus, dans celles du placenta. Les lésions syphilitiques ne sont pas toujours visibles à l'œil nu et le microscope est souvent nécessaire pour les déceler. D'autre part, il est impossible que l'utérus soit épargné dans les échanges sanguins qui se font entre la mère et un fœtus syphilitique de par son père. Il est d'ailleurs bien connu que la syphilis se localise là où des irritations se répètent ; c'est le cas de l'utérus pendant la grossesse, et ceci rend compte des avortements habituels pour lesquels les lésions locales de l'utérus jouent certainement un rôle important.

Comment expliquer la mort d'enfants à terme qui arrivent au monde morts ou qui succombent peu après leur naissance ; ils n'ont aucune lésion syphilitique, les parents n'ont pas de symptômes de syphilis, le placenta et l'utérus semblent normaux ? Ces faits ne sont pas rares, et, par contre, nous voyons des parents atteints de lésions syphilitiques tertiaires mettre au monde des enfants sains. L'avenir nous dira peut-être si une diminution des globules rouges ou de l'hémoglobine, si une accumulation de toxines sont responsables de ces

morts-nés. On ne peut certainement pas nier qu'une olighémie prononcée ou qu'une anémie pernicieuse n'aient une action funeste sur le fœtus. (*Bull. méd.*)

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ ; VERSION ET SYMPHYSÉOTOMIE.

(*Centralblatt für Gynækologie*, septembre 1894.)

Dans cet important travail, le Dr OLSHAUSEN se range, en ce qui concerne la symphyséotomie, à l'opinion de Léopold, formulée par celui-ci au Congrès de Vienne. Il estime cependant que l'opération césarienne, pratiquée selon les règles modernes, ne mérite pas la défaveur dont elle est l'objet. Saenger, dans sa statistique pour 1891 et 1892, qui porte sur 120 opérations césariennes, a eu seulement 17 décès, soit, 14 %, chiffre qui diffère peu de la symphyséotomie qui donne 12 %. Léopold, dans sa statistique, a eu, par la version, 90 % d'enfants vivants, ce qui tient à ce qu'il l'a pratiquée au moment de choix, membranes intactes, col entièrement dilaté.

Olshausen estime que tant que les membranes ne sont pas rompues on ne peut savoir si l'accouchement spontané pourra se faire, hors le cas de bassins très peu rétrécis, la mobilité de la tête ne permettant pas d'apprécier ses dimensions, en particulier pour le diamètre transverse. D'autre part, la rupture des membranes, en apprenant que l'accouchement ne peut pas se faire spontanément, rend la version beaucoup moins favorable. Les statistiques de Léopold ne prouvent donc rien, parce qu'on ignore si dans beaucoup de cas l'accouchement spontané n'aurait pu avoir lieu. Le même raisonnement s'applique à la symphyséotomie ; tant que les membranes ne sont point rompues, on ne peut affirmer que l'accouchement ne se fera point spontanément. Olshausen préfère attendre que la tête soit engagée, et même tenter l'extraction avec le forceps, quitte, en cas d'insuccès, à pratiquer la symphyséotomie, les branches de l'instrument restant en place.

L'auteur conserve sa préférence à l'opération césarienne. Elle est indiquée non seulement quand il y a étroitesse absolue, mais même dans les cas de rétrécissements moindres, quand les accouchements antérieurs par les voies naturelles ont présenté des dangers pour l'enfant.

En résumé, au début, on peut ou rester dans l'expectative, ou faire la version ou l'opération césarienne. Plus tard, quand l'accouche-

ment spontané est reconnu impossible, il faut faire ou l'opération césarienne ou la symphyséotomie : celle-ci permet d'attendre et d'observer la marche du travail, tandis que l'opération césarienne est pratiquée dans de meilleures conditions avant la rupture des membranes.

(*Rev. de Thér. méd. chir*)

PARALYSIES ET PSEUDO-PARALYSIES OBSTÉTRICALES.

Sous ce titre, M. PETERS publie les résultats de vingt-neuf observations de paralysies des nouveau-nés.

Après avoir exposé les différentes théories qui existent sur la cause de ces paralysies, théories nerveuse, osseuse et musculaire, l'auteur divise les lésions en deux grandes catégories : paralysies vraies par lésion du système nerveux central ou périphérique et pseudo-paralysies par lésion des os ou des muscles.

Les paralysies vraies présentent deux origines centrales : l'une cérébrale, l'autre médullaire. Les paralysies périphériques constituent le plus grand nombre des cas et se présentent soit comme une paralysie totale du plexus brachial, soit comme une paralysie à type Erb ou une paralysie radiale isolée. Pour M. Peters, la cause réside surtout dans le volume exagéré du fœtus par rapport au bassin maternel et la pression que subissent l'épaule et les parties latérales du cou au niveau du pubis, pendant le dégagement de la tête. En effet, d'après ces observations, dans la position occipito-iliaque gauche, c'est le bras droit qui est paralysé ; dans la position occipito-iliaque droite, c'est le bras gauche. La fréquence des paralysies de l'un ou de l'autre de ces membres est en raison directe de la fréquence de la position gauche par rapport à la droite.

Dans la présentation du siège, on a surtout des paralysies à type Erb. Dans la présentation de l'épaule, c'est surtout le radial qui est atteint. L'intervention obstétricale n'est pas nécessaire pour la production de toutes ces paralysies.

Les pseudo-paralysies sont dues à la fracture de la tête humérale ou à la syphilis héréditaire. Elles se distinguent par certains caractères des paralysies vraies, notamment par l'absence de flexion des doigts dans les pseudo-paralysies radiales, par la conservation de la tonicité musculaire dans les pseudo-paralysies totales.

Il y a en plus les antécédents et les signes physiques, le traitement en cas de syphilis. (*Wratsch*, nos 12 et 14, 1894.)

DE L'ULCÈRE ROND DU VAGIN (ULCÈRE ROND PHAGÉDÉNIQUE DE CLARKE).

L'ulcère rond phagédénique de l'utérus et du vagin est une affection très rare qui se développe sur le col utérin ou sur le vagin. Cette lésion a été décrite pour la première fois par Clarke, en 1821, comme une ulcération unique à bords irréguliers, serpigineux, à fond inégal, grisâtre, ayant de la tendance à s'étendre en largeur et en profondeur au point de perforer le rectum ou la vessie ; l'érosion des vaisseaux peut donner lieu à des hémorrhagies abondantes et même mortelles. La marche de l'affection peut faire croire à un cancer et cette erreur a plusieurs fois été commise. On l'observe à tout âge, mais plus particulièrement chez les vieilles femmes.

Klebs compare cet ulcère à celui de l'estomac. Zahn en fait le résultat d'une oblitération de vaisseaux sanguins et il a décrit des altérations des parois artérielles de la région. L'examen microscopique a montré à Browicz qu'il s'agissait là d'un processus nécrotique qui, sans transition, se trouve au contact des tissus sains ; il a également trouvé des lésions vasculaires consistant en une hypertrophie des parois et une oblitération de la lumière.

Tous ces auteurs n'ont décrit l'ulcère rond du vagin que d'après des observations *post mortem*. Cela donne intérêt particulier à l'observation suivante que M. VON SKOWRONSKI a pu recueillir pendant la vie de la malade.

Une femme de trente-sept ans, robuste, sans antécédents héréditaires, ayant eu deux enfants, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, entra à l'hôpital de Tarnow. Depuis quelque temps elle avait des pertes blanches et depuis trois mois elle souffrait en urinant. Les douleurs devinrent continues et leur exagération par la marche condamnèrent la malade au repos. Elle présentait, en outre, des signes d'anémie et entre autres un souffle de la pointe du cœur.

L'examen local fit constater une tuméfaction et de la douleur de la colonne antérieure du vagin. Le doigt trouvait à la face antérieure du vagin une petite fossette arrondie de la grandeur d'un demi-kreutzer dont le fond était recouvert d'une sorte de gelée. Cette ulcération était très douloureuse. Quant au reste du vagin et à l'utérus, ils ne présentaient rien d'anormal. Avec l'aide du spéculum on voyait que

l'ulcération avait des bords à pic, nets, de deux millimètres environ de hauteur. Le fond, inégal, granuleux, parsemé de points plus profonds, était tapissé d'un pus grisâtre très adhérent. L'urine était normale.

Pensant qu'il s'agissait là d'un cancer épithélial, M. von Skowronski en proposa l'ablation, qui fut acceptée par la malade. Les sutures ayant cédé au bout de quelques jours, la plaie opératoire, pansée à la gaze iodoformée, guérit lentement, mais complètement.

La guérison se maintenait encore au bout de six mois, mais la malade restait toujours anémique.

L'examen microscopique de la lésion enlevée montra qu'au niveau du bord de l'ulcération l'épithélium s'arrêtait brusquement ; la muqueuse était détruite ; les vaisseaux sanguins avaient leur paroi épaissie et ils étaient oblitérés par des cellules fusiformes.

(*Wiener klin. Rundschau*, n° 16.)

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES DENTS

Par le Dr Soma Kovacs.

(*Pest. Med. Chir. Presse*, n° 20, 1895.)

On sait que les affections génitales chez la femme peuvent retentir sur le système dentaire. Les affections de la pulpe et des gencives sont particulièrement fréquentes pendant la grossesse ; les femmes enceintes sont facilement atteintes de carie dentaire. L'opinion qu'il faut abandonner ces affections à elles-mêmes a pu être accréditée auprès des médecins ; le Docteur Kovacs proteste contre cette théorie. On peut ouvrir des abcès, extraire des dents sans pour cela avoir à craindre l'interruption de la grossesse. Au contraire, le traitement des affections dentaires pendant la grossesse permet à la femme de s'alimenter convenablement.

Les conditions qui agissent pendant la grossesse pour détériorer les dents sont directes ou indirectes. Les unes sont analogues à celles que l'on trouve dans la chlorose ; en outre, la grossesse produit, du côté du squelette et des dents, certaines altérations. Comme dans la chlorose, la grossesse agit sur la constitution des dents par les troubles digestifs qu'elle entraîne, troubles presque toujours accompagnés de sécrétion acide qui attaquent l'émail et la dentine. Une fois que la carie a débuté, et il s'agit généralement d'une carie molle, la dou-

leur qu'elle provoque entraîne le patient à négliger les soins de la bouche, et la situation s'aggrave d'autant. La facilité avec laquelle la dent est attaquée s'explique encore par ce fait que la grossesse entraîne une décalcification au profit du fœtus.

Kovacs pense que c'est surtout dans la deuxième période de la grossesse qu'il faut procéder à un traitement soigneux des dents, et il formule les règles suivantes :

Les femmes enceintes doivent se faire examiner les dents à deux ou trois mois d'intervalle, afin qu'on puisse arrêter rapidement les caries. Elles doivent absorber des sels calcaires, boire des eaux minérales calcaires. Nettoyage de la bouche après chaque repas, surtout le matin et le soir : éviter les antiseptiques acides. Brosser les dents, surtout de haut en bas. Si le brossage n'est pas possible, à cause des vomissements, se rincer la bouche avec une solution faible de chlorate de potasse, de thymol, de saccharine, d'acide borique, etc. Après un vomissement acide, se rincer la bouche avec une solution alcaline.

(*La France méd.*)

LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME,

Par R. BELL, de Glasgow.

Dans ma carrière déjà longue, j'ai eu très souvent à traiter des femmes atteintes de stérilité, et j'ai acquis la conviction que, dans la plupart des cas, ce désagrément est parfaitement curable.

D'après mes études et les observations que j'ai pu réunir, l'inflammation de la muqueuse utérine constitue un facteur des plus importants empêchant la fécondation des ovules en s'opposant à la pénétration des spermatozoïdes jusqu'à l'endroit où la conception se fait physiologiquement. L'endométrite oppose des obstacles variés, tels que sténose, état catarrhal, congestion due à l'hypostase en cas d'affection cardiaque ou à la concomitance d'une constipation prolongée, flexion de l'utérus, des trompes, etc.

D'habitude, ces conditions morbides ne se présentent pas isolément, mais se compliquent l'une l'autre. A côté de ces troubles, il en existe d'autres mieux caractérisés peut-être ; c'est ainsi que la métrite se complique d'endométrite, et celle-ci elle-même se propage aux trompes et peut atteindre l'ovaire. La malade présente le syndrome utérin : dysménorrhée, ménorrhagie, catarrhe, mucus purulent, irritation

vésicale, défécation douloureuse et toujours des troubles nerveux caractérisés par ce que l'on a appelé la faiblesse irritable.

Un exemple fera immédiatement saisir les rapports entre ces divers phénomènes : Le gonflement inflammatoire de l'endométrium amène la sténose du col, d'où rétention dans la cavité utérine qui, pour peu que cet état se maintienne, ne tarde pas à augmenter de capacité. Si, au contraire, la sténose est le phénomène primitif, la fécondation est possible pour autant que l'orifice soit resté perméable aux liquides, parce que dans ce cas l'organe est absolument sain et que, du moment où les règles peuvent s'écouler, les spermatozoïdes finiront bien par trouver le chemin et pénétrer dans la matrice, où ils évolueront sans encombre.

Cependant, notons que dans les cas de sténose semblable, l'utérus finit par s'enflammer ; en effet, le sang se coagule dans l'organe et ne peut plus traverser le col rétréci. Il agit comme corps étranger qui irrite la matrice ; celle-ci se contracte pour expulser de force son contenu. Cet acte, se répétant périodiquement, donne lieu à une suite d'irritations se greffant les unes sur les autres et finissant par un état inflammatoire chronique.

Le gonflement inflammatoire se propage aux orifices des trompes, qui se rétrécissent en même temps que la muqueuse s'altère et sécrète davantage, d'où la formation des hydro, pyo, hémo-salpinx.

Les déplacements et plicatures de l'utérus sont des causes de stérilité ; ils sont dus au défaut de tonicité du tissu utérin malade et des ligaments suspenseurs de l'organe.

L'endométrite cervicale, à elle seule, peut aussi empêcher la fécondation, mais elle existe si rarement seule que je n'en dirai pas plus.

Comment se fait-il qu'une simple endométrite puisse amener la stérilité ?

La chose est simple, si nous remarquons que la sécrétion utérine, si abondante dans cette affection, consiste en un liquide muco-purulent à réaction acide. Ce liquide est si irritant que son passage sur le museau de tanche finit par dénuder la muqueuse et amener des érosions et des ulcérations fréquemment accompagnées de vaginites. On comprend qu'un tel liquide, s'écoulant continuellement, s'oppose à l'entrée des spermatozoïdes en même temps que son âcreté les détruit.

Si la fécondation n'a pas lieu dans le temps normal après le mariage, on peut en conclure que les organes de la femme ne sont pas dans leur état normal et, si on n'intervient pas, le vieux dicton, disant

que les chances de la maternité diminuent avec le temps, se trouve vérifié.

A mon avis, en cas de stérilité, la faute incombe à l'endométrite ; à elle seule, elle suffit, mais elle agit d'une façon plus certaine encore par les complications qu'elle finit par entraîner et par l'extension qu'elle acquiert ; c'est elle qui occasionne les sténoses des différents orifices soit par gonflement de la muqueuse, soit par la flexion des organes. Bien des femmes désespèrent d'avoir jamais d'enfants, alors que leur malheur est causé par une affection absolument curable. Bien des familles voient leur progéniture s'arrêter à un, deux ou trois enfants, parce qu'une endométrite est survenue et a établi une barrière infranchissable aux spermatozoïdes.

Lorsque j'ai à traiter des cas semblables, je fais le curettage de l'utérus, suivi d'applications hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de phénol iodé ou d'un tampon saturé de glycérine aluné ou boriquée ; il est rare que ce traitement ne me donne pleine satisfaction.

(*Intern. med. Magazine.*) Dr A. Bienfait.

UN CAS DE MÉTRORRHAGIE INCOERCIBLE,

Par le Dr Switalski (1).

Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans, très fortement anémiée sous l'influence de métrorrhagies abondantes survenant sans cause bien déterminée depuis le mois de juin 1894. Les poumons, le cœur, le foie et le système nerveux ne présentent chez elle rien d'anormal. L'utérus, légèrement augmenté de volume et mobile, se trouve en antéflexion. Les annexes sont normales.

En dépit de l'administration des ferrugineux et d'une bonne nourriture, les pertes continuent à se produire pendant plusieurs mois.

Ne trouvant pas la cause du mal, M. le professeur Jordan décide de faire le toucher utérin. Le 10 décembre, il introduit dans le col un tampon de gaze iodoformée qui reste en place pendant quarante-huit heures. Le 12 décembre, on pratique la dilatation du col au moyen des tubes de Hégar. Le même jour, la femme est prise d'un frisson et la température du corps s'élève à 39°. Il existe des douleurs dans les environs de la fosse iléo-cœcale. Grâce à la désinfection du col et du vagin et sous l'influence des narcotiques, ces symptômes s'amendent

(1) *Centralblatt für Gynaek.*, 1895, n° 33.

énormément. Malheureusement, le 16 décembre, on reconnaît l'existence d'un exsudat siégeant à droite dans le parametrium. Le même jour, les métrorrhagies réapparaissent. Ces pertes continuent en dépit du traitement consistant en ergotine, hydrastinine, digitale et en irrigations froides, permanentes, etc. L'anémie est profonde et la malade est somnolente. Le pouls est mou, accéléré, et il existe de l'hypothermie. Anfin d'éviter une issue fatale, on procède, le 29 décembre 1894, à l'extirpation totale de l'utérus par morcellement. L'aspect de l'utérus enlevé ne présente rien de particulier. L'examen microscopique de cet organe, fait à l'institut du professeur *Browicz*, démontre l'existence d'une endométrite interstitielle.

Le 27 janvier 1895, on a incisé l'abcès profond du parametrium droit.

C'est seulement le 23 mars que la patiente, chez qui on a pratiqué le drainage pendant longtemps, a pu quitter l'hôpital en bon état.

En réalité, il a été impossible de découvrir la cause des métrorrhagies profuses apparues chez cette malade. On a vu se produire des pertes énormes chez des personnes atteintes de diathèses hémorrhagiques telles que la maladie de Werlhof, le scorbut, etc. Il en est de même dans les affections ayant un caractère infectieux, dans les cachexies diverses, la polysarcie, l'ictère grave, la maladie de Bright, les affections cardiaques et pulmonaires.

Ces métrorrhagies sont cependant rarement aussi abondantes que chez la personne faisant l'objet de cette observation. Souvent la cause de l'hémorrhagie réside dans les altérations de l'utérus ou des annexes. Après avoir lu le rapport de notre confrère allemand, il est impossible d'assigner comme cause de l'hémorrhagie l'abcès du bassin qui n'existait pas avant la dilatation du col. En effet, avant cette intervention, les pertes étaient déjà profuses. L'hémophilie doit être écartée, car antérieurement cette femme a eu non seulement une fausse couche, mais encore un accouchement sans hémorrhagie notable. L'absence de pertes sanguines provenant des organes non gestateurs plaide encore contre l'existence de l'hémophilie.

Olshausen déclare dans son *Traité des Maladies, des ovaires*, que de semblables hémorrhagies s'observent en l'absence de lésions de la muqueuse utérine sans maladie de cœur ou autres causes appréciables. Il a décrit un cas où, chez une femme âgée de 30 ans, de fortes métrorrhagies ont été jugulées par la castration.

En résumé, pour arrêter les métrorrhagies incoercibles, on peut

lier les artères utérines (Martin), recourir à la castration (Olshausen) ou extirper l'utérus.

Telles sont les observations suggérées par le cas intéressant publié dans le travail original du Dr Switalski.

(*Journ. d'Accouchements.*) H. L.

LA PALPATION ABDOMINALE CHEZ LES FEMMES OBSÈSES.

Le Dr Harris Slocum, médecin à la Policlinique de Philadelphie, décrit une nouvelle méthode d'examen pour les femmes ventripotentes.

Il a trouvé une zone étroite à l'hypogastre où le panicule adipeux est toujours peu développé ; elle est circonscrite par une ligne courbe s'étendant d'une épine iliaque antérieure à l'autre et courant vers le pubis. En appuyant l'extrémité des doigts sur cette région et en repoussant vers le haut le paquet de graisse qui entoure le nombril, on peut parfaitement atteindre les organes du bassin. Lui-même, vu son expérience en ce genre, arrive à palper une région plus considérable encore. Ce procédé ne donne aucun résultat lorsque la paroi abdominale est très tendue ou encore lorsque les intestins sont dilatés par des gaz.

(*The Journal of the Med. amer. Ass.*)

LES ALTÉRATIONS DE L'ENDOMÉTRITE DANS LES CAS DE FIBROMES UTÉRINS,

Par le Dr Marchesi. (In *La Rassegna d'Ostetricia et Ginecologia*, n° 4.)

C'est à la clinique de M. le professeur Chiarleoni que ces études ont été faites : 1° sur des fibromes interstitiels ; 2° sur des fibromes sous-muqueux ; 3° sur des fibromes sous-séreux.

Dans la première série, on a constaté des altérations de la muqueuse d'un caractère simplement hyperplastique ou hypertrophique qui affecte surtout les glandes. La muqueuse, comme aspect, ressemble à la muqueuse que l'on rencontre dans l'endométrite glandulaire fongueuse. L'inflammation légère que l'on observe est d'ordre mécanique et infectieux, très probablement ; elle s'observe constamment à la limite inférieure de la muqueuse. On ne trouve pas toujours, comme on l'affirme, un développement plus considérable du tissu conjonctif sur le côté où se trouve enclavé le fibrome, ce développement est général.

Dans la seconde série, on a constaté dès le debut du développement des fibromes, jusqu'à ce qu'ils soient nettement endocavitaires, les mêmes altérations signalées pour le groupe précédent ; ensuite, on note l'atrophie muqueuse au point d'insertion, le restant de celle-ci reste hyperplasié. Ces polypes fibreux dilatent la cavité cervicale et font issue dans le vagin, revêtus d'un épithélium nouveau semblable à celui du museau de tanche. Ces tumeurs, plus que dans les autres cas, sont sujettes à de nombreuses inflammations dues aux agents multiples qui peuvent les infecter d'après leur situation.

On voit enfin, dans la troisième division, des fibromes sous-séreux, des altérations de muqueuse identiques à celles observées dans les fibromes interstitiels.

Les déviations de l'utérus, la fibromatose complète de l'utérus, peuvent encore être des causes d'altération de la muqueuse.

Le microscope, seul aide de la clinique, peut faire le diagnostic exact, différentiel, entre l'adénome malin et le cancer. Il faut savoir que le stimulus local continu des tumeurs fibreuses est souvent la cause du développement d'un carcinome du corps, en admettant toutefois qu'il existe vraisemblablement quelque foyer cancéreux dans le fibrome que le stimulus prépare d'une façon incontestable. En d'autres termes, la présence de fibromyomes crée une prédisposition au développement du cancer dans la muqueuse du corps, et, dans nombre de fibromes, les altérations de la muqueuse sont telles que des germes spéciaux peuvent s'y développer facilement, ou bien il faut croire au développement anormal des parties constituantes de la muqueuse.

Comme conclusion, l'auteur recommande de recourir à l'opération radicale des fibromes chez lesquels on a la certitude d'une altération maligne de la muqueuse du corps ; l'examen microscopique s'impose donc dans les cas douteux.

VARIÉTÉS

Les femmes qui fument. — Il paraît que la cigarette conquiert les lèvres les plus aristocratiques en Angleterre.

« Ladies et miss », faisant concurrence aux Espagnoles, fument comme de jolies petites locomotives, et dans le meilleur monde, s. v. p., et personne ne songe à trouver ça « shocking ».

A tel point que, il y a quelques jours, on parlait de cette nouvelle mode devant la princesse de Galles à qui quelqu'un demanda son avis :

« Je ne puis me prononcer sur cette question au point de vue médical et moral, répondit en souriant la princesse, mais j'ai remarqué que les hommes qui fument avec excès déclarent qu'ils sont esclaves de cette habitude, et qu'il leur est impossible d'y renoncer. Je ne comprends pas que les femmes qui font tout ce qui est en leur pouvoir pour se délivrer des coutumes qu'elles considèrent comme tyranniques, veuillent aller au-devant d'un joug auquel les hommes déclarent qu'ils ne peuvent se soustraire. »

S'il est permis à un vulgaire mortel d'ajouter quelque chose à l'opinion d'une princesse, nous ferons simplement remarquer ceci : en ce moment, un peu partout, les femmes s'efforcent de ressembler à l'homme, bien que, soit dit entre nous, elles n'aient pas grand'chose à y gagner.

C'est ce qu'on appelle « l'émancipation féminine ». Et elles commencent par nous prendre nos défauts, ce qui est bien..... féminin. Voilà pourquoi tant de vieilles filles ne sont pas muettes et font de la politique. Et voilà pourquoi les jeunes, en attendant plus mal, se contentent de fumer..., en dépit de notre grand poète comique Molière, toujours à citer quand il s'agit des femmes, et qui a si excellemment dit :

Alors que sur les gens on prétend se régler,
C'est par les beaux côtés qu'il leur faut ressembler.

(*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

BIBLIOGRAPHIE

— **Nouveau procédé opératoire pour supprimer des fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact,** par Paul Segond. (Masson, éditeur, 1895.)

II. — **Considérations sur l'analyse des urines et la valeur comme élément de diagnostic,** par Vieillard. Paris 1895, Soc. d'éd. scient.

III. — **Hystérectomie abdominale totale par fibromyomes, 10 nouveaux cas, 10 guérisons,** par Delagenière (du Mans). Paris 1895. (Extr. des *Archives provinc. de chir.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

113. — Sur l'usage de la bicyclette au point de vue de l'hygiène, par le docteur LAVRAND (1). — Cette question, aujourd'hui toute d'actualité, mérite d'arrêter le médecin et l'hygiéniste, car il peut être appelé à se prononcer dans tel ou tel cas particulier. Est-il un des fervents de la pédale, il sera porté à n'en voir que les avantages. Est-il au contraire un profane que ce genre de sport n'a jamais tenté, il considérera seulement les inconvénients et en découvrira même quelques-uns peut-être hypothétiques. Nous allons donner ici en résumé les arguments fournis à la Société de médecine publique dans la séance du 26 décembre 1894.

1. — *La bicyclette au point de vue hygiénique.* — Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — L'usage de la bicyclette s'est beaucoup généralisé comme sport, comme moyen de transport, comme exercice gymnastique. Peut-on lui imputer quelques rares cas de mort survenus chez des cardiaques ? N'importe quel exercice aurait pu produire le même résultat.

On a médit de la bicyclette, on l'a même calomniée pour ce qui concerne l'exercice des femmes. On l'a comparée à la machine à coudre, sans réfléchir qu'il n'y a aucune analogie entre les deux appareils.

La bicyclette *déforme-t-elle* le coureur ? C'est une accusation absolument irréfléchie, ne pouvant venir que d'une ignorance profonde de l'anatomie et de la physiologie. En effet, sur la bicyclette tous les muscles fonctionnent sans cesse, soit pour pousser l'instrument, soit pour maintenir tout l'appareil en équilibre. Par conséquent, les muscles des gouttières vertébrales ne peuvent que prendre de l'accroissement et de la puissance. On constate tous les jours sur les vélodromes que les coureurs une fois descendus de leurs machines se tiennent bien droits. Encore plus, des coureurs un peu voûtés ont été redressés par l'exercice de la bicyclette.

(1) Au moment où la question de l'usage de la bicyclette est à l'ordre du jour, non seulement pour les hommes, mais encore pour les femmes saines ou malades, nous croyons utile de reproduire le travail suivant, dans lequel le Dr Lavrand résume, d'une façon très impartiale, les avantages et les inconvénients qu'on attribue généralement à ce mode de sport.

La première action de l'appareil est le développement des muscles, non seulement ceux des membres inférieurs, comme on le croit trop généralement, mais tous les muscles du corps, car tous fonctionnent et fonctionnent incessamment. On peut faire les mêmes observations sur les non professionnels, sur les femmes, par exemple, sur les enfants et là d'une manière plus probante.

Nous tenons dans la bicyclette le moyen le plus parfait du développement musculaire.

L'action de l'exercice sur la santé générale n'est pas moins évidente. En même temps que nous constatons ce résultat qui saute aux yeux, nous apprenons que les phénomènes de nutrition sont profondément modifiés. L'examen des urines nous en fournit le témoignage. L'augmentation du taux de l'urée indique une usure plus grande.

L'action de l'instrument sur le cœur est une action évidente. L'excès dans cet exercice pourrait lui être préjudiciable, et la lutte des courses mal préparée pourrait avoir de réels inconvénients. Du reste, le cœur s'entraîne merveilleusement et c'est un des avantages les plus précieux de cet exercice de le mettre en bonne condition de résistance.

Le poumon, même au début, ne souffre pas, comme le cœur, de cet exercice. On peut dire que pour lui tout est bénéfice immédiat, s'il ne fallait se défier des refroidissements qui sont toujours menaçants après des exercices prolongés.

II. — *La bicyclette au point de vue hygiénique.* — Dr Marcel Brand. — Il s'agit ici non plus des attitudes vicieuses, mais des habitudes vicieuses de l'adolescence, et, pour le docteur Brand, la bicyclette est le meilleur moyen qu'on puisse leur opposer. Il cite plusieurs cas de guérison obtenue par ce moyen, alors que toutes les précautions avaient échoué. Si tous les exercices physiques sont capables de procurer le même résultat, il est juste de dire qu'aucun n'est assez captivant par lui-même pour être continué comme la bicyclette.

La plupart des affections relevant d'un ralentissement de la nutrition sont très favorablement amendées par la pédale.

Les névropathes se trouvent aussi très bien de la vélocipédie employée comme exercice modéré. On peut dire que leur guérison est le triomphe de la bicyclette. Chez eux surtout le compagnon de route intelligent est de rigueur.

Certains tabétiques ont été très améliorés par le bi ou le tricycle et

ces malheureux, au lieu de rester confinés chez eux, peuvent faire d'agréables promenades.

III. — *La bicyclette au point de vue thérapeutique.* — Dr Bouloumié. — Pour le valide, au milieu de tous ses avantages, la bicyclette ne présente qu'un inconvénient, c'est la vitesse que l'on atteint à certains moments et qui constitue un véritable attrait.

En 1894, le docteur Bouloumié a été consulté par 70 p. 100 de sa clientèle au bas mot pour savoir ce qu'il faut penser de l'usage de la bicyclette en général et pour chacun d'eux en particulier.

Il pouvait d'autant moins répondre à ces questions qu'il ne connaissait alors la bicyclette que de vue et de réputation et qu'il n'était pas sans appréhension sur les effets de ce genre de sport. Il a examiné, interrogé, enfin appris lui-même. Voici le résultat de ses constatations.

Plusieurs goutteux (6) chez lesquels, antérieurement à l'usage de la bicyclette, il restait entre les accès des raideurs dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes notamment, ont déclaré s'être remis beaucoup plus complètement de leur accès, avoir retrouvé beaucoup de souplesse et de force dans leurs articulations atteintes, depuis cet exercice. L'état général s'était amélioré également. En revanche, la pratique exagérée, les chutes ont amené certains inconvénients qu'un exercice mieux dirigé eût supprimés ou amoindris.

Chez des graveleux atteints de coliques néphrétiques subaiguës par graviers d'acide urique et présentant des douleurs de reins fréquentes et subcontinues prolongées à l'occasion de l'expulsion de calculs, sans inflammation rénale, l'usage de la bicyclette a paru faciliter l'émigration et l'expulsion des calculs et diminuer notablement les douleurs de reins habituelles. Chez les malades, comme chez les goutteux et tous ceux chez lesquels on cherche à régulariser la sécrétion rénale, activer l'élimination des déchets de la nutrition et surtout éviter l'encombrement des reins par excès de production ou la décharge excessive des produits excrémentitiels, il faut à tout prix que l'exercice n'atteigne pas à la fatigue. Car ici, comme en tout exercice, la modération est salutaire, l'excès nuisible.

L'usage modéré de la bicyclette diminue l'acide urique, augmente l'urée, sans affaiblir la quantité des urines émises. Au contraire, l'usage excessif exagère la proportion d'acide urique et des matières extractives, et diminue la quantité d'urines émises. Il doit donc être proscrit parce qu'il pourrait amener l'irritation du filtre rénal, ce qu'il faut éviter chez ces malades.

Ces constatations confirment celles dont M. Albert Robin a fait mention il n'y a pas longtemps à l'Académie de médecine et celles signalées par M. Lucas-Championnière d'après les publications de M. Lagrange.

Autrefois on avait recours à des courses prolongées dans des voitures peu ou pas suspendues et dans des chemins mauvais pour faire cheminer les calculs. Les accidents produits par ce genre de traitement ne se comptent pas. Eh bien ! il ne faudrait pas avec la bicyclette revenir à ce régime ; mais, en choisissant une excellente machine, en ne pratiquant que de bons chemins et en se livrant à un exercice modéré suivant l'état du malade, on évitera les inconvénients et on recueillera seulement les bénéfices de ce sport.

Les premiers essais sont beaucoup plus fatigants que l'usage habituel ne le comporte, une fois les premières difficultés vaincues. Il y a chez le néophyte vélocipédiste une préoccupation de conserver l'équilibre, une tension d'esprit pour chercher à comprendre comment on peut se maintenir et progresser, une appréhension de la chute, une exagération des contractions musculaires, un manque de coordination dans les mouvements, qui l'énervent et le fatiguent plus ou moins, bien entendu suivant sa nature, mais que l'on voit chez tous à un degré quelconque et qui aboutissent à une fatigue générale assez prompte, mais passagère, avec transpiration très accusée chez la plupart. Toutefois, ce que cette fatigue a d'assez remarquable, malgré l'inexpérience et par conséquent l'exagération de contractions de certains groupes musculaires, c'est qu'elle ne donne pas lieu à des courbatures localisées comme une première leçon d'escrime ou d'équitation.

Après 3 ou 4 essais ou leçons, l'équilibre étant trouvé, une sensation de sécurité remplace l'appréhension des premiers jours, sauf à la suite d'un obstacle qui vous attire d'autant plus qu'on le regarde davantage pour l'éviter ; dès lors, la fatigue n'est plus qu'en proportion du chemin parcouru, de la vitesse et des difficultés du parcours. Il ne manque plus au vélocipédiste que de l'entraînement ; il doit le faire progressivement sans jamais arriver à la fatigue s'il veut rester à l'abri de tout inconvénient et profiter des avantages hygiéniques de l'exercice de son choix.

Pour ce qui concerne les affections des maladies urinaires et digestives, du foie principalement, une bonne position est de rigueur. Par bonne position il faut entendre la position droite dans laquelle le

corps repose franchement sur les ischions et nullement sur le périnée, qui fait que tous les membres du tronc, extenseurs et fléchisseurs, contribuent au maintien de l'équilibre, que rien ne gêne et ne comprime les organes abdominaux et n'entrave le jeu du diaphragme, que tous les organes restent dans leur position et leurs rapports normaux sans que la circulation soit par cela même gênée en aucun point.

Pour obtenir cette position, il faut que le guidon soit plus élevé que la selle et pas trop éloigné d'elle. D'ailleurs, aujourd'hui on commence à enseigner à Paris dans les vélodromes la position droite et les cyclistes ne sont plus en antéflexion, position aussi disgracieuse que vicieuse.

Les selles existantes sont mauvaises parce qu'elles compriment toutes le périnée, ce qui est défectueux surtout pour les prostatiques.

Avec la position du cycliste et la qualité de la selle, il y a une troisième condition importante, nous voulons parler de la vitesse, et qui dépend du cycliste, celle-là. Elle ne peut s'obtenir qu'au prix d'un effort, répétition excessive des mouvements si la multiplication est faible, force plus grande à développer si la multiplication de la machine est considérable ; elle ne doit jamais être recherchée du cycliste amateur qui fait de l'hygiène et surtout de celui qui cherche un but thérapeutique, sauf peut-être quand il veut lutter contre l'obésité, et encore il faut dans ce cas beaucoup de prudence.

En résumé, l'usage de la bicyclette est un exercice de bonne qualité qui favorise le développement du système musculaire et régularise les grandes fonctions. Ce sport ne fatigue pas parce qu'il n'exige pas d'efforts considérables. Il est donc à recommander au triple point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, à trois conditions : 1° bonne position du cycliste ; 2° bonne selle ; 3° vitesse modérée.

Le grand avantage de ce sport c'est qu'il offre un attrait particulier pour ceux qui s'y sont une fois livrés, qualité précieuse pour un exercice, car il devient un plaisir et non une corvée que l'on délaisse le plus tôt qu'on le peut.

(*Journal des sciences médicales de Lille*.)

***

114. — Du traitement des douleurs vulvaires chez les accouchées.— Les sensations douloureuses qu'éprouve, à la vulve, par suite des érosions superficielles et de la compression des parties molles, la femme qui vient d'accoucher, ne sont généralement l'objet d'aucuns soins spéciaux de la part du médecin, bien qu'elles soient souvent fort pénibles et assez persistantes. Or, M. le docteur T. Ridgway Barker (de Philadelphie) a trouvé qu'on peut calmer facilement ces douleurs par l'application de compresses chaudes, moyen simple et anodin que notre confrère ne manque pas d'employer chez toutes les nouvelles accouchées aussitôt après la délivrance.

Dans ce but, il se sert d'une compresse large de 6 et longue de 9 centimètres, qu'on trempe dans de l'eau très chaude additionnée de 50 à 60 grammes d'extrait fluide d'hammamelis par litre ; on l'exprime, puis on l'applique sur la vulve et on recouvre d'une étoffe imperméable. Il va sans dire qu'il faut avoir soin que la compresse, tout en étant aussi chaude que possible, ne puisse pas provoquer de brûlures.

Ces compresses doivent être renouvelées tous les quarts d'heure pendant les trois premières heures qui suivent la délivrance, puis toutes les trente minutes pendant les six heures suivantes, et, enfin, à des intervalles de plus en plus espacés.

(*Sem. méd.*)



115. — Traitement local de la fièvre puerpérale. (*Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1895.) — Le Dr Cullingworth recommande, après le curettage et l'ablation de tous les lambeaux placentaires adhérents, l'emploi d'une bonne injection intra-utérine chaude au sublimé à 1/5000. Il faut avoir soin de bien vider les cavités utérine et vaginale pour éviter l'intoxication hydrargyrique. Un suppositoire à l'iodoforme peut être laissé à demeure après l'injection dans l'utérus, qui sera tamponné avec des mèches de gaze à l'iodoforme : ce dernier moyen agit comme désinfectant, il empêche l'écoulement des sécrétions et favorise l'involution et la contraction utérines.

Une certaine élévation de température suivra ordinairement ces manœuvres intra-utérines : cette élévation ne dure que quelques heures. Dans la grande majorité des cas la température aura baissé le lendemain.

L'auteur a l'habitude depuis quelques années, quand il se trouve en

présence de températures élevées persistantes et d'autres symptômes de fièvre puerpérale, de pratiquer l'examen intra-utérin. A deux ou trois exceptions près il a toujours trouvé des restes de tissu placentaire dans un état de décomposition plus ou moins avancé. Généralement le nettoyage de l'utérus a été suivi de la disparition de la fièvre dans les vingt-quatre heures. Dans les cas où la septicémie vraie s'était déjà déclarée, l'enlèvement de ces débris décomposés a toujours arrêté le progrès de l'absorption.



116.— Emploi de la strychnine contre la faiblesse des contractions utérines. — Nous disposons déjà de plusieurs moyens pour combattre l'inertie de l'utérus. Voici encore une nouvelle méthode de traitement qui n'est pas à dédaigner. Duff a recours à la strychnine lorsque la lenteur du travail de l'accouchement est due au défaut de contraction de l'utérus. D'abord il emploie cet alcaloïde, chez les femmes affaiblies et souffrant d'atonie musculaire. Ensuite il préconise la strychnine chez les parturientes ayant eu des contractions faibles et irrégulières lors d'accouchements antérieurs ou ayant souffert d'hémorrhagies *post partum*, par atonie utérine.

Voici le meilleur mode d'administration de la strychnine dans ces sortes de cas. Duff ordonne 1 milligramme de cet alcaloïde 3 fois par jour dès la sixième ou huitième semaine du début présumé de la grossesse. Huit jours avant l'accouchement, il a soin d'augmenter cette dose de 1 1/4 à 1 1/2 milligramme *pro die*. Cette manière de faire a donné à l'auteur de brillants succès.



117. — Régime pendant la grossesse. — M. Eichholz (de Kreuznach), dans un numéro récent du *Frauenarzt*, soutient qu'un grand nombre des malaises et des troubles qui accompagnent la grossesse et suivent la parturition sont dus à des erreurs de régime. Pendant la grossesse il faut surtout éviter tout excès d'eau et d'albumine : l'une aurait pour effet le développement excessif du fœtus, et l'autre donnerait lieu à une sécrétion exagérée de liquide amniotique.

Voici le régime que l'auteur prescrit, et qu'il appuie par 25 observations et autant de bons résultats :

Viande fraîche une fois par jour en petite quantité ; légumes verts,

salade, pommes de terre, pain et beurre. Autant que possible, éviter les œufs, les pois et les haricots, trop riches en albumine. Le vin, la bière et l'alcool sont défendus et la boisson doit être permise seulement en cas de soif exagérée. Les fruits, crus ou cuits, peuvent être mangés à discrétion.

Les avantages évidents de ce système sont :

1° L'activité conservée jusqu'à la veille des couches ; les sensations de gonflement et de poids, la fatigue, la soif et la constipation disparaissent de bonne heure ;

2° La rapidité et la facilité de la délivrance même dans des cas où les couches précédentes ont été difficiles et prolongées ;

3° La quantité limitée de liquide amniotique ;

4° Toutes ces femmes ont allaité leurs enfants ; la quantité et la qualité du lait étaient excellentes.

Les enfants étaient sains et bien conformés, quoique petits ; leur poids moyen était de 6 livres et la circonférence de la tête de 33 à 34 centimètres.



118. — Ablation des annexes par colpotomie postérieure. (*Wratsch*, 1894, n° 47 ; in *Rép. d'obst. et de gynéc.*, mai 1895.) — Teploff fait l'historique des différents modes d'intervention pour l'ablation des annexes. Il partage l'opinion de M. Lwoff que la meilleure voie est l'incision du cul-de-sac postérieur. Outre les douze cas décrits déjà par Lwoff, Teploff a eu à intervenir encore vingt-quatre fois. Il résume la technique de la colpotomie postérieure de la façon suivante : la malade est mise dans la posture de l'hystérectomie vaginale. Abaissement de l'utérus à l'aide d'une pince de Museux. Incision du cul-de-sac postérieur au bistouri de façon à pénétrer de suite dans l'espace de Douglas, élargissement de l'incision de un et demi à deux et demi travers de doigt. Introduction de l'index droit, parfois avec le médius, dans l'espace de Douglas. On amène les annexes malades dans le vagin. S'il y a des kystes des ovaires, on les crève préalablement au bistouri. Si l'ablation des annexes s'impose, on la pratique après ligature préalable du pédicule, sinon on les réduit. Curettage de l'utérus, s'il le faut. Lavage du Douglas. Tamponnement de cet espace s'il y a tendance aux hémorragies ou s'il y a rétroflexion adhérente de l'utérus. Sinon simple tamponnement vaginal pour un ou deux jours. Les extrémités des fils des ligatures sont toujours rame-

nées dans le vagin. La malade reste dans le décubitus dorsal six ou sept jours ; ensuite elle peut rester dans le décubitus latéral. Les fils s'éliminent vers le dixième ou quatorzième jour. Alors on permet à la malade de se lever.

Toutes les opérées ont guéri.

Se basant sur ces cas, sur les considérations théoriques, sur les faits, quoique peu nombreux en littérature, l'auteur donne comme indications à la colpotomie postérieure :

1° L'inflammation des ovaires et des trompes avec leur prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas où ils contractent des adhérences plus ou moins solides avec les parties avoisinantes ;

2° Les tumeurs kystiques des annexes ne dépassant pas de volume d'une tête d'enfant et senties dans le cul-de-sac ;

3° Quand les annexes sont haut situées et morbides et peuvent facilement être abaissées dans le cul-de-sac par pression sur la paroi abdominale ;

4° Les tumeurs kystiques d'un volume considérable ne peuvent être opérées par la colpotomie postérieure que lorsque leur extrémité inférieure fait saillie dans le cul-de-sac et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences au-dessus du détroit supérieur ;

5° Quand il s'agit d'une tumeur solide située dans le cul-de-sac de Douglas et dont le diamètre ne dépasse pas celui de l'incision.

Dans ces conditions, la colpotomie postérieure *doit* être appliquée de préférence à la laparotomie, car elle a sur cette dernière intervention les avantages suivants :

1° De ne présenter aucun danger pour la vie ;

2° D'être d'une exécution plus facile ;

3° De provoquer un traumatisme moindre ;

4° De ne pas laisser de cicatrice à l'abdomen ;

5° De ne pas exposer à des hernies abdominales ;

6° D'avoir des suites opératoires plus bénignes et de permettre aux malades la reprise du travail immédiatement après leur sortie ;

7° D'exiger moins d'aides pendant l'opération et de pouvoir être faite dans des conditions d'installation très simples.

***

119. — Traitement des accidents de la première dentition. — Le docteur J. de Dics Peinado se trouve bien, pour combattre les accidents de la première dentition, de la mise en usage des

moyens suivants. Si l'enfant présente une grande impressionnabilité nerveuse, bains généraux tièdes et bromure de sodium jusqu'à la dose journalière de 50 centigrammes. Quand il existe une grande turgescence des gencives avec douleur, il est bon de les toucher fréquemment avec de la glycérine additionnée de teinture de safran et de chlorhydrate de cocaïne, tout en y mettant beaucoup de prudence, vu la toxicité de ce dernier corps. Si, malgré ce moyen, les douleurs continuent, on peut donner de l'antipyrine (10 centigrammes pour un enfant d'un an). S'il existe de la stomatite catarrhale aphteuse, ou du muguet, il est utile de laver la bouche avec une solution aqueuse de borate de soude, seule ou unie au chlorate de potasse. Le catarrhe gastro-intestinal exige un grand rigorisme diététique ; on donnera en sus, comme antiseptique et anexosmotique, du salicylate de bismuth, seul ou uni au cérium dans les cas où la diarrhée est accompagnée de vomissements. Si ces moyens sont impuissants, on donnera une à deux gouttes de laudanum dans les 24 heures. Enfin on pourra prescrire également, dans les cas rebelles, du calomel associé à de l'ipéca, à la dose d'un centigramme toutes les 4 heures. Si la maladie prend un caractère cholériforme, limonade chlorhydrique ou lactique comme boisson et suppression absolue de tout aliment.

Dans les catarrhes bronchiques et les broncho-pneumonies de la dentition, on n'obtient aucun effet utile par les antimoniaux ; la révulsion thoracique avec de l'essence de térébenthine dans des cas peu intenses, ou le thapsia dans les cas plus graves, unis au calomel et à l'ipéca à l'intérieur, sont favorables, si l'on veut bien aider leur action par des vomitifs répétés, qui dégorgent le poumon et chassent les mucosités bronchiques. Contre les éruptions cutanées, on prescrira des bains de son tièdes et dans les cas d'eczéma humide, on saupoudrera les parties atteintes avec du sous-nitrate de bismuth ou de l'oxyde de zinc.

Enfin les convulsions par anémie cérébrale, suite de diarrhée excessive, seront traitées en faisant disparaître la cause et en donnant des stimulants diffusibles (alcool, éther en injections hypodermiques, etc.). Les congestions cérébro-méningées comportent une dérivation intestinale énergique, l'application du froid sur la tête et celle de sangsues aux apophyses mastoïdes dans les cas déterminés. Les méningites se traiteront par les moyens ordinaires, et l'éclampsie d'origine non-congestive primitivement, par des bains froids, les bromures, le

chloral, l'antipyrine et autres agents similaires. Quant à l'incision de gencives, les avis sont partagés ; l'auteur ne la croit indiquée que lorsque la dent est sur le point de déchirer la muqueuse.

(*Gaceta medica de Granada.*)



120.— Désinfection des organes génitaux de la femme. — Piccoli (1), de Naples, a fait des recherches expérimentales sur la stérilisation des organes génitaux de la femme par le sublimé. Il a dirigé les recherches dans ce sens chez des femmes enceintes (du 7e au 9e mois) et chez des femmes en travail amenées à la clinique de Morisani. Nous renvoyons au travail original de Piccoli pour toutes les questions de détail. Voici, selon cet auteur, l'unique moyen de stériliser la cavité vaginale : Il faut avoir recours aux injections d'abord de solutions stérilisées de chlorure sodique à 0,75 % et ensuite aux irrigations pratiquées au moyen d'une solution sublimée variant de 0,5 à 1 ‰. L'injection durera un temps évalué à 2-5 minutes. Il est indispensable d'introduire au préalable dans le vagin une valve de Sims et d'avoir eu soin de nettoyer le vagin au moyen de tampons de ouate. S'il s'agit d'une femme en travail chez laquelle le col est dilaté et la tête fœtale profondément engagée, il suffira d'introduire 1 ou 2 doigts dans le vagin, de faire des lavages vulvaires et d'injecter les solutions précitées dans la cavité vaginale, au moyen d'un irrigateur pour désinfecter le canal génital.



121. — Traitement de l'éclampsie puerpérale. — Nous accueillons toujours avec plaisir les documents pouvant servir à élucider la question encore obscure du traitement de l'éclampsie. Selon *Inoïeys* (de Moscou), dans ces cas, les processus oxydants de l'organisme sont entravés, la quantité d'urée diminue et la quantité d'acide urique augmente. Les lésions du foie, organe élaborateur de l'urée, expliquent cet état de choses.

Le traitement répondra donc à plusieurs buts :

1° Elever le niveau général des processus oxydants de l'organisme. On recommande donc l'oxygène et un régime lacté. La viande peut causer des signes d'intoxication, car les fonctions du foie sont entravées.

(1) *Arch. di ost. e gin.* 1894. Hft. 1-3.

2° Pour éloigner les produits imparfaitement oxydés de l'organisme, on emploie les sudorifiques, les enveloppements de Priessnitz et, si le cœur est normal, les injections de 0,01 ctgr. de pilocarpine ;

3° Calmer l'excitation du cerveau. Donner l'antinévrine et les narcotiques : bromure de sodium, chloral, injections de morphine, chloroforme même pendant l'accouchement si c'est nécessaire. Avant l'administration du chloroforme, la morphine, qui diminue la sensibilité des muqueuses nasale et laryngée, écarte les réflexes dangereux ;

4° Contribuer à ce que le sang récupère sa composition normale ;

5° Enfin, terminer par des manœuvres obstétricales l'accouchement le plus vite possible.

A la clinique Golitzine, de Moscou, il y eut en 25 ans 43 cas d'éclampsie sur 10,153 accouchements, soit un cas d'éclampsie sur 236 accouchements.

A la maison des Enfants-Assistés de Saint-Pétersbourg, il y eut un cas d'éclampsie sur 222 accouchements (Soutangine).

A la Maternité de Saint-Pétersbourg, il y eut un cas d'éclampsie sur 243 accouchements (Gugersberger). Sur 33 malades, 12 ont succombé.

D'après Moussatof, la mortalité des éclamptiques est de 19,93 p. 100 et celle des nouveau-nés, 30,91 p. 100. Le même auteur a publié, en 1890, une statistique comprenant 127.965 accouchements, et d'où il résulte qu'un cas d'éclampsie correspond à 198 accouchements.

A l'hôpital Golitzine, la mortalité pendant l'accouchement fut de 9.3 p. 100 et celle *post partum* de 2.3 p. 100. Les femmes mortes ont eu jusqu'à 24 accès. En outre, 21 fois il y avait de l'œdème et 31 fois de l'albuminurie. Ces faits ont été relatés à la *Société de médecine de l'hôpital Golitzine* de Moscou (1894).



122. — Du prurit et de son traitement. — A l'Association médicale britannique, dans la session tenue à Londres du 30 juillet au 2 août, M. le docteur Call Anderson (de Glascow), a fait une communication sur le prurit et son traitement.

Le mécanisme anatomo-physiologique dont dépend le prurit exerce son action sur un certain nombre d'éléments sérieux. Ce sont : les ramifications terminales des nerfs cutanés dans l'épiderme ; les petits groupes de cellules, en forme de coupe ou de godet communiquant avec les filaments nerveux et situés dans les couches profon-

des de l'épiderme ainsi que dans les couches superficielles du derme ; enfin les cheveux et les poils. Il n'y a pas lieu d'être surpris de voir citer les poils et les cheveux, car chaque élément pileux étant entouré à sa base d'un fin réseau de fibres nerveuses à myéline, les cheveux et les poils doivent être considérés comme des organes du tact, et il est probable que l'irritation de leur follicule peut provoquer le prurit.

Mais comment se fait-il que le prurit se manifeste dans certaines affections cutanées et qu'on ne le rencontre pas dans d'autres ? L'explication à donner à cette particularité est difficile. Et cependant, tous les jours, nous rencontrons des faits de ce genre. Chose plus singulière, il est une même maladie, la syphilis, qui donne lieu parfois à du prurit et parfois également ne lui donne pas lieu. En effet, les déterminations cutanées précoces de la syphilis ne sont pas prurigineuses, tandis que les manifestations cutanées tardives de cette même syphilis sont sujettes à déterminer très souvent des démangeaisons.

Les principaux états, soit physiologiques, soit pathologiques, dans lesquels on voit survenir le prurit, sont les suivants : la vieillesse, l'ictère, la goutte, les troubles digestifs, le diabète, les influences saisonnières (*pruritus hiemalis*), enfin les désordres nerveux et psychiques.

Il est de toute évidence que les irritations d'origine réflexe peuvent jouer un certain rôle dans la pathogénie du prurit ; mais dans l'immense majorité des cas, les sensations prurigineuses sont le résultat de l'irritation directe des extrémités nerveuses dans l'épaisseur de l'épiderme et sur les éléments nerveux dont il a été question plus haut.

Pour traiter le prurit, il faut, tout d'abord, songer à en écarter la cause ; ce n'est que quand on ne peut arriver à l'écarter ou tout au moins la neutraliser que l'on peut recourir à l'usage des moyens empiriques.

M. le docteur Call Anderson n'attache qu'une importance secondaire aux applications locales de médicaments destinés à faire cesser le prurit. En réalité, les médicaments destinés à l'usage interne sont bien plus efficaces dans le plus grand nombre de cas. Les meilleurs de ces médicaments internes sont la teinture de *gelsemium sempervirens*, la teinture de *cannabis indica*, l'acide phénique et surtout l'atropine administrée par la voie sous-cutanée, l'antipyrine et la phénacétine à doses progressivement croissantes. On peut souvent aussi retirer de grands avantages de l'électrothérapie. Enfin, selon M. Call Anderson, chez les sujets débilités, l'usage des toniques tels que le

phosphore, l'arsenic, la strychnine est également indiqué. Ces deux derniers médicaments seront plus utiles si on les administre par la voie hypodermique.

Cette communication de M. le docteur Anderson est suivie d'une discussion : M. le docteur Myrtle (de Hargroate) rappelle les difficultés que l'on rencontre si souvent dans le traitement du prurit et qui, presque toujours, dépendent des réactions individuelles des malades. C'est ainsi que, chez certains sujets, des médicaments seront très utiles, qui cependant, chez d'autres, ne donneront pas de bons résultats, et cela alors même que ces malades ont tous la même maladie cutanée qui leur occasionne leur prurit. D'après M. Myrtle, les meilleurs médicaments internes que l'on puisse employer contre le prurit sont les médicaments qui dérivent du goudron, tels que l'antipyrine et la phénacétine et de plus le chloral. Dans les cas graves de prurit, les applications, sur la région qui est le siège des démangeaisons, d'une solution de potasse caustique à 3 ou 6 °/₀, procure rapidement un soulagement considérable.

M. le docteur Walde (de Bristol) dit que si l'on applique un vésicatoire sur la colonne vertébrale, au niveau du point correspondant à la région cutanée atteinte par les démangeaisons, on obtient très souvent des effets favorables. Dans les cas de prurit associé aux lésions ostéo-arthritiques, l'usage interne du salicylate de soude donne de bons résultats.

Pour M. le docteur Stopfort Taylor (de Liverpool), dans l'immense majorité des cas de prurit, les médicaments internes n'ont absolument aucune utilité. Ce qui donne les meilleurs résultats, c'est l'observation des règles de l'hygiène, un régime alimentaire approprié et des exercices physiques bien réglés. Le changement fréquent de linge, les lotions alcooliques donnent de très bons résultats dans le prurit anal qui est si fréquent chez les personnes se livrant au cyclisme. Quant aux appliquations d'une solution de potasse caustique, elles ne sont nécessaires que dans des cas graves de prurit.

Mme Carret Anderson (de Londres) fait observer que le prurit est particulièrement très fréquent dans le sexe féminin. On l'observe aussi chez les hommes qui mènent une vie analogue à celle des femmes, au moins sous certains rapports. La sédentarité, un régime alimentaire insuffisant et peu varié, le surmenage intellectuel sont, dans ces conditions, les causes ordinaires du prurit. Pour traiter ces malades, il faut leur recommander une alimentation plus abondante, un

repos complet pendant une heure avant le repas du soir et, lorsque la chose est possible, le port d'étoffes de soie au lieu de vêtements de toile ou de coton.

Enfin, M. le docteur Barendt (de Liverpool) dit avoir obtenu, dans certains cas de prurit, des résultats excellents en faisant appliquer, pendant cinq minutes environ, sur les parties où siégeaient les démangeaisons, de l'huile phéniquée à 2 %.

Nous ajouterons, pour notre part, que dans le traitement du prurit, il ne faut pas négliger les bains qui peuvent rendre de très grands services. Dans les cas de démangeaisons causées par l'ictère, les bains alcalins sont souvent très utiles. Dans les cas de démangeaisons dues à certaines maladies cutanées, comme le prurigo aigu par exemple, les bains sulfureux sont très utiles également. Dans d'autrès maladies de la peau, l'eczéma, les bains d'amidon soulagent beaucoup. Nous tenions à rappeler ces faits à nos lecteurs.



123. — Complications observées à la suite de la symphyséotomie. — Dans cette observation publiée par la *Gazette médicale de Paris*, il s'agit d'une femme de 21 ans, délivrée par la symphyséotomie. Cette patiente n'a pas pu supporter le port d'un bandage plâtré après l'opération. La plaie suppura, il se produisit une fistule et les symphyses restèrent mobiles. 3 mois plus tard, après l'avivement de la fistule, on en a retiré quelques débris cartilagineux nécrosés. La guérison ne se maintint pas. La fistule s'ouvrit de nouveau et la symphyse conserva un certain degré de mobilité. Après avoir râclé les granulations, Binaud (de Bordeaux) divisa la symphyse pour la seconde fois, aviva les extrémités des pubis, puis les sutura au moyen de fils d'argent. Cette section secondaire amena la guérison de la malade. La suppuration évidemment a empêché la réunion par première intention de se faire. Quant au bandage plâtré, il ne peut nullement être regardé comme supérieur à l'emploi d'une bonne suture des deux surfaces articulaires de la symphyse.

FORMULAIRE

Un bon liniment pour la pratique gynécologique.

(Jules Chéron.)

Quand, suivant la méthode de Chapmann, on applique, sur la région

lombo-sacrée, un sac rempli d'eau chaude, on détermine, du côté de tous les capillaires du bassin, une action vaso-constrictive qui se traduit par la décoloration du col utérin, par la décongestion de tout l'appareil utéro-ovarien. En même temps, on obtient un effet sédatif très marqué sur la névralgie lombo-abdominale, qui existe si souvent à titre de complication des diverses affections pelviennes.

La friction douce et prolongée de la région lombo-sacrée, faite avec un liniment très légèrement révulsif et surtout sédatif, produit les mêmes effets ; elle est d'une application beaucoup plus commode dans la pratique gynécologique.

Le liniment suivant nous a donné des résultats particulièrement accentués. C'est un liniment propre, qui ne tache pas comme le font les liniments laudanisés, tout en exerçant une action sédative très puissante, grâce au chloroforme et à l'éther qui entrent dans sa composition. Il présente sur les liniments chloroformés ordinaires, qui sont liquides, l'avantage de ne pas refroidir les téguments avec lesquels il est mis en contact. Sa consistance solide lui permet de rester plus longtemps sur la peau pendant la friction, ce qui augmente d'autant son efficacité. Enfin, il est d'une odeur agréable.

Voici la formule et le mode de préparation de ce liniment :

Alcool de Fioravanti.....	75 grammes.
Chloroforme..........................	6 grammes.
Ether................................	8 grammes.
Huile essentielle de menthe............	2 grammes.
Savon animal. q. s. pour donner une consistance solide.	

Faire fondre le savon animal dans un flacon à large ouverture d'une contenance de 120 cent. cubes. Verser ensuite, dans le flacon, le mélange des divers liquides, agiter vivement et laisser reposer.

Employer en frictions douces et prolongées, matin et soir, sur la région lombo-sacrée.

Le même liniment peut être employé avec avantage dans toutes les névralgies, quel que soit leur siège.

Directeur-Gérant, D[r] J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-Andr

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — INDICATIONS DE L'INCISION VAGINALE.

II. — INUTILITÉ DE L'ABLATION DES OVAIRES POUR LA GUÉRISON DE L'HYSTÉRIE.

III. — SUITE DES INSUCCÈS DE L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE.

I. — Du neuvième *Congrès français de chirurgie*, tenu, à Paris, du 21 au 26 octobre 1895, nous ne retiendrons, dans cette Revue, que deux communications, renvoyant nos lecteurs, pour les autres travaux, à notre compte rendu des Sociétés savantes.

Dans sa communication sur les indications de l'incision vaginale, M. BOUILLY envisage les opérations dans lesquelles on peut, par l'incision vaginale, enlever des néoplasmes ou vider des collections contenues dans le petit bassin, tout en conservant l'utérus.

« L'ablation des kystes de l'ovaire par la voie vaginale, dit-il, est évidemment une opération d'exception ; cependant, elle est tout à fait recommandable quand la tumeur est petite et qu'elle est plutôt pelvienne qu'abdominale. C'est ainsi que j'ai pu très facilement, dans 3 cas, enlever des kystes contenant 60, 100 et 300 grammes de liquide.

« L'ablation des fibromes par la voie vaginale, avec con-

servation de l'utérus, est également une opération exceptionnelle. Mais quand elle est indiquée, elle constitue certainement l'opération idéale, soit, par exemple, qu'il s'agisse d'un petit fibrome développé sur la face antérieure de la matrice, soit encore que l'on ait affaire à des polypes fibreux du fond de l'utérus. Je suis intervenu deux fois pour des cas rentrant dans la première de ces catégories; j'ai suturé la plaie utérine et le cul-de-sac vaginal, et les suites opératoires ont été des plus simples. Pour les faits de la deuxième catégorie, après l'incision du cul-de-sac vaginal antérieur, l'utérus est sectionné sur sa face antérieure, l'ablation des fibromes qui sont inclus dans sa cavité se fait alors sans difficultés et il ne reste plus qu'à suturer la plaie de l'utérus qui est ainsi conservé. Dans cinq cas, j'ai obtenu de cette façon une guérison facile.

« Enfin, j'ai pratiqué six fois l'ablation des annexes de l'utérus, avec conservation de cet organe, ma première observation datant du mois d'août 1886 (1).

« Quant aux collections hématiques que l'on confond sous le nom d'hématocèles rétro-utérines, l'incision vaginale constitue assurément, vis-à-vis d'elles, le traitement de choix, et il n'y a pas à hésiter à la préférer à la laparotomie. Dans dix cas je suis intervenu de la sorte, et dix fois j'ai vu la guérison se produire d'une façon aussi simple que possible.»

II. — M. PAMARD (d'Avignon) rapporte une observation démontrant l'inutilité de l'ablation des ovaires pour la guérison de l'hystérie.

« J'ai fait, dit-il, chez une religieuse cloîtrée, âgée de 25 ans, l'ablation des deux ovaires kystiques, dont j'avais constaté

(1) Il s'agit, sans doute, dans ces cas, d'ablations unilatérales ; on comprend alors tout l'intérêt qu'il y avait à conserver l'utérus. Dans un cas que j'ai eu l'occasion de voir récemment, où M. Bouilly avait conservé les annexes d'un côté et enlevé, par la voie abdominale, un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire, une *grossesse double* est survenue et la malade a accouché heureusement de deux enfants vivants. (J. B.)

sous le chloroforme l'augmentation de volume. Toutes les manifestations d'hystérie qu'elle présentait auparavant disparurent pendant huit mois, puis elle accusa de nouveau des douleurs qui nécessitèrent une deuxième intervention, dans laquelle je fis l'ablation d'une partie d'épiploon adhérente à la cicatrice. Il y eut, pendant plusieurs mois, une rémission de tous les accidents, qui, depuis, ont persisté avec la même intensité qu'avant l'intervention opératoire. »

Cette communication est intéressante par cette circonstance que la rémission survenue, du côté des manifestations hystériques, pendant les huit premiers mois qui ont suivi l'ablation des ovaires, aurait pu faire croire à l'auteur, s'il n'avait pas eu l'occasion de revoir sa malade, à une guérison plus ou moins nette. Il est bien probable que les faits de soi-disant guérison de l'hystérie par la castration sont des faits observés pendant une période de temps insuffisante après l'intervention. J'ai moi-même (1) publié une observation qui justifie cette remarque : la malade avait été perdue de vue par le chirurgien distingué qui l'avait opérée et il avait cru à une amélioration de l'hystérie, alors que les crises convulsives continuaient à être tout aussi fréquentes qu'avant l'intervention.

III. — Nos lecteurs se rappellent peut-être que j'ai insisté, à plusieurs reprises, dans ce journal, sur l'idée fausse qni a servi de principe à l'hystéropexie abdominale. Fixer solidement l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, c'est créer une situation pathologique aussi pénible que la déviation qu'on veut combattre ; les résultats ne *peuvent* pas être satisfaisants. Les statistiques disent : guérison, alors que l'opérateur constate qu'il a bien atteint le résultat qu'il recherchait, mais

(1) J. Batuaud. L'ablation des annexes est-elle utile au point de vue de la guérison de l'hystéro-épilepsie ? Observation. *Revue méd.-ch. des maladies des femmes*, nov. 1889.

résultat orthopédique (et encore là s'agit-il d'une interprétation antiphysiologique) et résultat symptomatique ne sont pas synonymes, dans l'espèce.

L'observation suivante, rapportée par M. HENROTAY (d'Anvers), tout récemment (1), vient augmenter la liste déjà longue des insuccès de l'hystéropexie :

« Il s'agit d'une personne mariée, L..., âgée de vingt-six ans, à laquelle notre collègue Desguin pratiqua, le 1er novembre 1894, une hystéropexie abdominale. Les annexes, contre notre attente, furent trouvées saines. La malade quitta l'hôpital six semaines plus tard, mais les douleurs qui l'avaient décidée à se faire opérer étaient loin d'être disparues, et elle revint déjà se plaindre le 28 décembre suivant. Je mis en vain en œuvre tous les moyens rationnels pour remédier à son triste état, différant constamment une nouvelle intervention qu'elle réclamait déjà fin janvier. En avril, la situation n'a fait qu'empirer ; les douleurs à gauche, continues, empêchant tout sommeil, et une anorexie presque complète donnent à la malade un facies utérin type. Heureusement, elle ne maigrit pas. L'examen pratiqué à cette époque, en vue d'une intervention, renseigne léger colpocèle antérieur, utérus volumineux, intimement uni à la paroi abdominale qui est soulevée par le plus petit mouvement imprimé au col. Cette manœuvre, si légèrement pratiquée qu'elle soit, provoque une douleur violente avec irradiation dans l'hypogastre gauche (2). Aussi, je n'insiste guère sur le toucher des annexes qui, d'ailleurs, paraissent saines.

« Diagnostic : métrite parenchymateuse chronique au stade

(1) HENROTAY. Hystérectomie après hystéropexie abdominale. *Société belge de gynécologie*, séance du 20 octobre 1895.

(2) N'est-ce pas démontrer, de la façon la plus précise, que l'aggravation des douleurs pouvait et devait être attribuée, pour une grande part, à la fixation vicieuse et artificielle du fond de l'utérus à la paroi abdominale ? (J. B.)

hypertrophique (1). L'hystérectomie me paraît être la seule chance de guérison (2).

« Celle-ci fut pratiquée le 6 juin 1895, avec l'assistance de mes confrères Kockerols et Sermon. A part une vascularisation extraordinaire des tissus, l'ouverture des culs-de-sac et le décollement de la vessie ne présentent rien de spécial.

« Mais l'abaissement et le basculement de l'utérus est absolument impossible, en dépit des tractions permises exercées. Celles-ci n'ont d'autre effet que de déprimer profondément en entonnoir les parois abdominales. A l'aide d'un rétracteur introduit dans la brèche vaginale antérieure, j'aperçois très nettement l'adhérence; mais la crainte de blesser l'intestin avec les ciseaux ou les pinces me décide à m'adresser à la laparotomie pour libérer l'utérus.

« Je fis donc une toute petite boutonnière un peu au-dessus du point de la paroi abdominale qui, lors des tractions, correspondait au fond de l'entonnoir, de façon à arriver immédiatement au-dessus de l'adhérence. Je pus alors me rendre compte de l'absence complète de pédicule; bien plus, il me fut difficile d'insinuer une pince entre la paroi abdominale et l'utérus pour libérer celui-ci en coupant au ras des mors. Fermeture de l'abdomen, reprise de l'hystérectomie. Guérison.

« Voici la pièce, telle qu'elle a été enlevée, avec cette circonstance presque aggravante, que son mode de conservation particulier lui a gardé l'aspect qu'elle avait à l'état frais et qu'elle n'est pas du tout rétractée par l'alcool.

« Sur la face antérieure on voit très nettement la forme

(1) Il fallait ajouter : et fixation pathologique, douloureuse, de l'utérus à la paroi abdominale (J. B.)

(2) Les annexes étant saines, la malade étant encore très jeune, il eût été plus conforme aux idées conservatrices d'essayer de détruire les adhérences chirurgicales et de soigner ensuite la métrite parenchymateuse par les procédés ordinaires. La seule objection était la difficulté de la rupture, même après laparotomie, de ces adhérences artificielles dont la reproduction risquait fort de se faire plus tard, aussi comprend-on que l'auteur ait eu recours à l'hystérectomie (J. B.)

même de la surface d'adhérence qui correspond mathématiquement à la surface d'avivement ; mais pas de trace de pédicule.

« Notre confrère Jacobs nous a présenté deux fois des pédicules produits à la suite de l'hystéropexie abdominale. Le danger de semblables brides dans la cavité péritonéale n'est pas discutable. Mais sont-ils imputables au principe de l'opération ? Cela me paraît douteux, car le manuel opératoire joue ici le rôle capital, etc. »

L'auteur expose alors la méthode qu'il emploie et qui permet d'obtenir une surface d'adhérences solides, comme cela avait été obtenu dans le cas en discussion.

La conclusion qui se dégage de cette observation, comme de celle que j'ai moi-même publiée dans ce journal, au mois d'avril 1892, alors que l'hystéropexie était en pleine vogue (1), a été formulée de la façon suivante par M. Jacobs : « Quant aux motifs qui ont fait intervenir M. Henrotay, je partage l'opinion que M. Popelin vient d'émettre au Bureau, c'est que l'*hystéropexie était trop bien faite. L'exaspération des douleurs dont se plaignait cette femme était occasionnée par la fixation exagérée de l'utérus malade à la paroi abdominale.* » Il est intéressant de retenir cet aveu d'un ancien partisan de l'hystéropexie abdominale. Jules Batuaud.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(9e *article, voir les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août* 1895.)

Des applications intra-utérines et intra-cervicales,

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

Sommaire. — Discussion des indications des applications intra-utérines au traitement de l'endocervicite et de l'endométrite catarrhale ou hémorrhagique.

(1) Jules Batuaud. Sur un cas d'hystéropexie vaginale. *Revue méd.-chir. des mal. des femmes*, avril 1892 et *passim*.

Contre-indications pendant la période aiguë de l'infection blennorhagique et dans les poussées aiguës de salpingite. Les lésions chroniques des annexes ne sont pas une contre-indication à l'emploi des applications intra-utérines, avec la technique que nous conseillons. Les déviations utérines ne sont pas, non plus, une contre-indication ; précautions à prendre dans les rétroflexions.

Le maintien de la perméabilité du canal cervical est une condition indispensable.

Substances employées en applications intra-utérines : teinture d'iode, solution normale de perchlorure de fer, solution de chlorure de zinc à 10 et à 50 %, glycérine créosotée, glycérine iodoformée, glycérine sublimée, glycérine phéniquée, glycérine ichthyolée, mélange de salol et d'antipyrine, résorcine en solution concentrée, solution de chlorhydrate de cocaïne, solution de résorcine et de cocaïne. L'acide nitrique anhydre, l'acide chromique, l'acide phénique concentré, tous les caustiques forts sont à rejeter. Choix à faire parmi ces diverses substances, suivant les indications.

Appareil instrumental : Applicateur de Playfair modifié par les auteurs.

Technique : Position de la malade. Injection vaginale. Placement du spéculum à crémaillère. Protection du cul-de-sac postérieur. Application proprement dite. Applications cervicales. Applications intra-utérines. (Courbure de l'applicateur, son introduction, mouvements de latéralité, durée de l'application suivant les cas.) Pansement consécutif. Nombre des séances. Utilité de varier les substances employées.

Résultats obtenus dans l'endocervicite et dans l'endométrite.

Nous désignerons sous le nom d'*applications intra-utérines* et *intra-cervicales*, le mode de traitement qui consiste à porter et à maintenir pendant un temps plus ou moins long, mais n'excédant pas généralement quelques minutes, un *topique liquide caustique*, *cathérétique*, *modificateur* ou *sédatif* au contact de la muqueuse de la cavité utérine ou de la muqueuse du canal cervical. Nous préférons employer le terme d'applications intra-utérines qui peut désigner à la fois l'emploi des divers topiques liquides, caustiques ou non cautisques, à celui de *cautérisations intra-utérines*, dont le sens est beaucoup trop restreint. Nous verrons d'autre part que les substances caustiques ne doivent être employées qu'avec la plus grande réserve et que les topiques auxquels nous donnons la préférence rentrent plutôt dans la classe des modificateurs de la muqueuse que dans celle des caustiques proprement dits.

Ce sont les lésions inflammatoires de la muqueuse utérine (cavité du corps, canal cervical) qui représentent l'indication principale des applications dont nous parlons.

Sans doute, les endométrites interstitielles anciennes et invétérées, les endométrites hyperplasiques diffuses avec épaississement considérable de la muqueuse sont, les unes et les autres, justiciables du curettage. On ne saurait avoir la prétention de ramener à l'état normal une muqueuse dont le tissu interglandulaire est transformé en tissu fibreux (endométrite interstitielle) ni faire rétrograder les hypertrophies glandulaires trop anciennes (endométrite glandulaire hyperplasique), même par l'emploi persévérant des applications intra-utérines. Mais il faut savoir que, dans bien des cas, alors que les lésions sont moins accentuées et de date plus récente, le moyen thérapeutique que nous étudions permet une restauration presque parfaite de la muqueuse, équivalant à la guérison. Il y a du reste, depuis quelque temps, une tendance marquée des gynécologistes les plus instruits à réserver le curettage aux lésions profondes de la muqueuse utérine et à traiter par les topiques liquides des lésions légères ou superficielles, surtout dans les cas d'origine blennorrhagique.

De même, pour l'endocervicite ; si certaines cervicites ne guérissent que par l'excision de la muqueuse du canal cervical, quand elles guérissent, d'autres sont très rapidement améliorées par les applications locales appropriées.

Entre les cas types qu'on juge d'emblée justiciables soit de l'intervention chirurgicale soit du traitement non opératoire, il existe, on le comprend sans peine, une série intermédiaire de cas dans lesquels on ne peut se prononcer sur la possibilité de la guérison par les applications topiques qu'après en avoir fait l'essai pendant quelques semaines ou quelques mois. Le curettage d'exploration fait au début du traitement et quelque temps après permettra de constater s'il est logique ou s'il est au contraire inutile de persévérer dans la même voie.

La période aiguë de l'infection blennorrhagique contre-indique l'emploi des applications intra-utérines, pour les raisons que nous avons déjà énoncées à propos des injections intra-utérines. Dans les poussées aiguës de salpingite, on devra également s'en abstenir ; en effet s'il s'agit d'infection blennorrhagique, on doit vraisemblablement attribuer la poussée de salpingite à une réinfection récente et on rentre dans le cas précédent ; s'il s'agit d'une infection puerpérale, il est beaucoup plus prudent de re-

courir sans retard au curettage qui peut seul enrayer un processus pathologique plein de menaces pour l'existence.

Les lésions chroniques des annexes ne contre-indiquent nullement les applications intra-utérines, surtout avec la technique que nous conseillons. S'il était nécessaire d'abaisser l'utérus à la vulve pour faire une bonne application intra-utérine, on pourrait craindre en effet que la manœuvre d'abaissement ne présente de sérieux inconvénients, mais telle n'est pas notre manière de faire, ainsi que nous l'avons déjà exposé précédemment. Nous trouvons au contraire, dans l'existence de lésions annexielles chroniques une indication de plus à la guérison de l'endométrite, à la stérilisation de la cavité utérine, point de départ des recrudescences de salpingite.

Les déviations utérines ne sont pas non plus un obstacle au traitement que nous étudions, la modification de la courbure de l'applicateur permettant d'adapter l'instrument à la position variable du corps utérin. Il convient seulement, dans les rétrodéviations, de ne pas employer de substances trop irritantes et de ne pas imbiber trop largement le cône d'ouate de l'applicateur pour qu'il ne reste pas d'excès de liquide dans la cavité utérine où il pourrait soit faire une destruction trop énergique des tissus dans le premier cas, soit être expulsé au prix de coliques plus ou moins douloureuses, dans le second cas. Dans les rétroflexions tout particulièrement, on veillera à maintenir la perméabilité constante du canal cervical pour éviter ce double inconvénient. C'est dans ces conditions que le dilatateur antéropostérieur du Dr Batuaud rend des services incontestables ; nous aurons du reste l'occasion d'en parler dans un prochain article. Rappelons seulement ici que le maintien de la perméabilité du canal cervical est une condition indispensable à l'emploi des applications intra-utérines ; aussi doit-on souvent recourir à la dilatation concurremment avec ce mode de traitement.

La teinture d'iode pure s'adresse aux endométrites hémorrhagiques et aux endocervicites ulcéreuses ; il faut que le canal cervical soit très large pour qu'on puisse en répéter l'emploi sans crainte de sténose consécutive.

La solution normale de perchlorure de fer présente les mêmes indications.

La solution de chlorure de zinc à 10 et à 50 % s'adresse surtout aux lésions glandulaires ; peu utilisée en injections intra-utérines, elle est un des meilleurs topiques et des plus fréquemment recommandés en applications locales. La solution forte est réservée aux gros cols largement béants des multipares, encore faut-il surveiller de très près la perméabilité du canal cervical. La solution à 10 % est préférable en général. Les applications de chlorure de zinc soit intra-cervicales, soit intra-utèrines, ne doivent pas être répétées plus d'une fois par semaine.

La glycérine iodoformée, la glycérine créosotée, la glycérine sublimée, la glycérine ichthyolée s'emploient aux mêmes titres qu'en injections intra-utérines et, ici encore, sont indiquées contre les formes catarrhales de l'endocervicite et de l'endométrite.

Le mélange à parties égales de salol et d'antipyrine, préconisé par M. Labadie-Lagrave, est un topique recommandable dans les formes légères de l'endométrite hémorrhagique. On sait qu'en faisant chauffer, dans un tube de verre, un mélange d'antipyrine et de salol, on obtient la liquéfaction momentanée de ces deux poudres, ce qui permet de porter facilement l'antipyrine, dont les propriétés hémostatiques sont depuis longtemps connues, au contact de la muqueuse utérine. Nous avons employé ce nouveau topique avec avantage, mais nous devons dire qu'il serait téméraire d'espérer qu'une ou deux applications, ainsi qu'on a semblé le croire, suffisent à mettre définitivement un terme aux hémorrhagies d'origine endométritique ; pour notre part, nous n'avons constaté que des arrêts momentanés de l'hémorrhagie quand nous ne répétions pas souvent les applications locales.

La résorcine en solution concentrée (parties égales d'eau et de résorcine) est utilisée depuis une dizaine d'années par l'un de nous (Dr Chéron). C'est une substance d'un emploi précieux ; avec elle, pas de douleur, pas d'action caustique, par suite pas de sténose à craindre, quelque répété qu'en soit l'usage ; son onctuosité lui permet de passer facilement, même à travers un canal étroit ; l'eau s'évapore, la résorcine se dépose en poudre impalpable sur les points touchés et y exerce une action durable, à la fois modificatrice et antiseptique. Elle est surtout indiquée dans les hypertrophies glandulaires ; elle réussit dans les formes hémorrhagiques, surtout si les hémorrhagies sont en rapport avec l'endométrite hyperplasique diffuse, mais elle ne rend pas de ser-

vices, à ce point de vue (action hémostatique), dans l'endométrite interstitielle. Employée avec persévérance, elle peut amener des réductions très notables de l'épaisseur de la muqueuse hypertrophiée, ce que le curettage explorateur permet de constater facilement. Dans l'endocervicite catarrhale ou purulente, la résorcine est également très active et peut, à elle seule, suffire dans les cas légers. Dans les formes graves de l'endocervicite, on l'associera avantageusement aux applications de chlorure de zinc, ces dernières ne pouvant être fréquemment renouvelées alors que la résorcine, comme nous l'avons déjà dit, peut être employée journellement sans inconvénient aucun.

La solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 % est utile dans les réflexes douloureux qui ont leur point de départ, chez les névropathes surtout, dans une lésion du canal cervical. Nous l'associons volontiers à la résorcine en solution concentrée.

Toutes les substances que nous venons d'étudier sont plutôt modificatrices que caustiques. Nous considérons qu'on doit rejeter l'usage des caustiques forts : acide nitrique anhydre, acide chromique, acide phénique concentré, etc., qui peuvent détruire les tissus trop profondément pour la conservation de leurs fonctions physiologiques et qui d'autre part, ainsi que cela été observé plusieurs(fois notamment pour l'acide chromique) donnent trop souvent lieu à des phénomènes d'intoxication plus ou moins graves et même mortels.

D'après cet exposé, on choisira la cocaïne comme calmant, la résorcine comme modificateur de la muqueuse hypertrophiée, la teinture d'iode, le perchorure de fer, le mélange d'antipyrine et de salol dans l'endométrite hémorrhagique, le chlorure de zinc dans les endocervicites ou les endométrites purulentes, et, dans bien des cas, on fera alterner l'emploi de ces divers topiques de choix suivant les indications multiples qu'on aura à remplir.

L'instrument spécial est, ici, le porte-topique de Playfair, d'un usage très répandu.

Le porte-topique de Playfair est constitué par une petite tige cylindro-conique en cuivre rouge de 10 centimètres de longueur, rugueuse à sa surface et très flexible, vissée sur un manche de 20 cent. de longueur, en baleine.

L'asepsie de cet instrument était difficile, d'autre part nous

avons constaté qu'une tige aplatie passait beaucoup plus facilement dans le canal cervical qu'une tige cylindro-conique, que les rugosités de la tige ne présentaient que des inconvénients. Par suite le porte-topique modifié par nous est constitué de la façon suivante : une tige flexible en cuivre rouge, lisse, d'une longueur de 10 centimètres, d'une largeur de six à huit millimètres, d'une épaisseur de 1 millimètre vissée sur un manche en acier nickelé de 10 cent. de longueur.

Ce porte-topique ayant été stérilisé par ébullition ou par flambage, de l'ouate aseptique est enroulée autour de la tige et plongée dans la solution choisie pour faire l'application intra-utérine.

La position de la malade, l'injection vaginale préparatoire, le placement du spéculum à crémaillère ne présentent aucune particularité dans le cas actuel (voir les articles précédents).

Si on fait usage d'une substance plus ou moins irritante (teinture d'iode, perchlorure de fer, chlorure de zinc, etc.) il sera bon de protéger le cul-de sac postérieur et la lèvre postérieure du col à l'aide d'un petit tampon d'ouate hydrophile qu'on place entre la valve inférieure du spéculum et le col, de façon à absorber l'excès de liquide pouvant sourdre de l'orifice externe pendant l'application.

Avant chaque application, ii est nécessaire de déterger la muqueuse cervicale et la muqueuse utérine par les moyens déjà indiqués (voir les articles précédents.)

Pour les applications cervicales, nous recommandons de faire la poupée d'ouate enroulée autour du porte-topique, aussi large que le permet le degré de perméabilité du col, de façon à faire porter l'action du médicament sur toute la surface du canal cervical. Au besoin, on fait plusieurs applications successives, en augmentant un peu chaque fois la quantité d'ouate enroulée sur l'instrument. Nous employons souvent ce procédé pour faire des dilatations légères du col, lorsqu'il est facilement dilatable. En général, le topique doit être maintenu, pendant cinq minutes, au contact du canal cervical. Il n'y a, ici, aucune difficulté d'introduction, puisqu'on ne cherche pas à pénétrer dans la cavité utérine.

Quand on veut faire une application intra-utérine, la position exacte du corps de l'utérus étant connue à l'avance, on donne, à

la tige flexible du porte-topique, la courbure convenable à son introduction facile. Si l'on éprouve une légère résistance au niveau de l'isthme, il suffit d'attendre un instant pour que le spasme musculaire cesse de lui-même, et, si la courbure est bonne, l'instrument pénètre bientôt, sans provoquer de douleur, dans la cavité utérine. Le porte-topique est poussé doucement jusqu'au contact du fond de l'utérus et laissé deux ou trois minutes immobile, puis on imprime au manche de l'instrument de légers mouvements de latéralité pour toucher successivement tous les points de la cavité utérine. Chaque application doit avoir en moyenne, une durée de cinq minutes. On retire l'applicateur lentement et en suivant la marche inverse de l'introduction. Il faut savoir que le retrait de l'appareil est souvent plus pénible que son introduction si, comme cela arrive avec les utérus en subinvolution, le contact du corps étranger placé dans la cavité a déterminé une contraction du muscle utérin qui vient se serrer plus ou moins énergiquement sur le porte-topique.

Il ne reste plus qu'à étancher le liquide qui vient sourdre à l'orifice externe, à essuyer soigneusement le col avec de l'ouate hydrophile et à faire le pansement indiqué (voir l'article : Pansements cervico-vaginaux).

On fait, en général, deux à trois applications par semaine, en variant les substances employées suivant les indications, comme nous l'avons exposé un peu plus haut.

En discutant les indications des applications intra-cervicales et intra-utérines, nous avons dit les résultats qu'on pouvait en attendre dans l'endocervicite et dans l'endométrite. Il s'agit incontestablement d'un mode de traitement très énergique et très rapidement efficace quand il est judicieusement employé.

(*A suivre*).

DE L'ELYTROTOMIE

Dans le traitement des collections pelviennes,

Par le Docteur VAUTRIN,
Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
(Communication faite à la Société de médecine de l'Est.)

Pour bien comprendre la disposition ordinaire des collections pelviennes chez la femme, il importe de les distinguer en deux

catégories : les collections sanguines et les collections de nature imflammatoire. Je laisse à part les collections kystiques, qui rentrent tout à fait indirectement dans ce sujet et relèvent d'un traitement spécial par la laparotomie. Ainsi envisagé, le chapitre des collections pelviennes chez la femme est immense, puisqu'il comprend la plus grande partie des lésions utérines et annexielles; de plus au point de vue étiologique, la question embrassc un large horizon, car elle comprend les affections inflammatoires qui surviennent dans l'appareil génital du jeune âge à la vieillesse, pendant la vie génitale, la puerpéralité, l'âge critique, etc. J'ai besoin de restreindre le sujet aujourd'hui dans des limites plus étroites, puisque je veux envisager seulement le traitement des collections pelviennes, qui par leur situation, leur importance et leurs rapports, me paraissent justiciables d'une opération tour à tour vantée et décriée — plus souvent décriée — *l'élytrotomie interligamentaire.*

Les collections pelviennes occupent différents sièges, intéressent divers organes. Chez la femme, les viscères pelviens sont tellement pressés, enchevêtrés pour ainsi dire dans leurs rapports et leurs connexions, qu'il est difficile d'assigner des limites déterminées aux inflammations péri-utérines. Jusqu'à ces dernières annécs, la gynécologie resta négligée ; ses tendances simplistes s'accommodaient mal de l'étude détaillée et compliquée des inflammations pelviennes. Les uns, avec Nonat, accusaient le tissu cellulaire d'être le siège des lésions phlegmoneuses et des suppurations. Vinrent ensuite, vers 1856, les travaux de Bernutz et Goupil, qui enlevèrent au tissu cellulaire sa suprématie morbide pour la donner au péritoine ; ce fut le règne de la pelvi-péritonite. Toutes les inflammations relevaient alors du péritoine, dont la susceptibilité passait pour excessive dans le pelvis. Cependant de nombreux observateurs avait remarqué l'existence des lésions salpingitiques, mais comme la thérapeutique applicable à ces affections était la même que celle de la pelvipéritonite, la question n'avança pas jusqu'au jour où Lawson Tait extirpa le premier les annexes malades (11 février 1872). Dès lors des tentatives analogues furent faites dans tous les pays et la face de la pathologie inflammatoire pelvienne fut changée. La réaction fut violente et trop absolue, si l'on en juge par l'intransigeance de certains chrurgiens, qui avec Byford et Ter-

rillon, allèrent jusqu'à nier l'existence d'inflammations pelviennes autres que les salpingites. Depuis 20 ans les matériaux sur cette question se sont accumulés, les discussions à la Société de chirurgie et dans les différentes réunions de gynécologie ont mûri le problème que la sagacité de quelques-uns avait déjà en partie résolu. D'ailleurs, depuis que les suppurations pelviennes sont du domaine chirurgical, et surtout depuis qu'on sait les atteindre par les voies abdominale et vaginale, on a eu maintes fois l'occasion de constater leur siège, leur disposition, leur manière d'être et aussi leurs causes ; et il n'est pas aujourd'hui un chirurgien un peu exercé qui n'ait sur ces faits une opinion exacte, basée sur l'expérience acquise et sur les observations cliniques. Toutefois, à part le livre de Delbet, la littérature médicale est pauvre en travaux d'ensemble sur les collections pelviennes ; il semble qu'à l'heure actuelle, chacun hésite encore à fournir une appréciation personnelle sur un point de nosologie qui tacitement est résolu. J'apporte ici une modeste contribution à l'étude de certaines formes, discutées encore il y a peu de temps, de collections pelviennes.

Je ne rapporterai pas dans ce travail les observations ayant trait aux collections sanguines ou suppurées que j'ai eu l'occasion de traiter par la laparotomie. Ces cas, au nombre de 22, m'ont donné les meilleurs résultats opératoires, puisque je n'ai enregistré aucun revers. Je serais donc ingrat de ne pas donner mes préférences à la laparotomie, lorsque l'occasion s'en présente ; mais j'estime que cette opération offre toujours certains riques, qu'il est du devoir du chirurgien d'éviter par une autre opération plus offensive, s'il en existe. Toutes les collections ou inflammations développées dans le bassin, ayant un certain volume, parfaitement accessibles par la voie abdominale, me paraissent justiciables de la laparotomie. Je range dans cette dernière catégorie la presque totalité des salpingites, qu'il est plus aisé et plus rationnel d'atteindre par l'incision abdominale, les hématocèles volumineuses, dues en grand nombre à des ruptures de grossesse tubaire. Il est encore d'autres collections suppurées, généralisées au pelvis et habituellement consécutives à des accidents puerpéraux, qu'il est préférable d'ouvrir par la laparotomie sous-péritonéale. Enfin, je n'oublie pas les lésions annexielles bilatérales qui entourent l'utérus d'une gangue in-

flammatoire résistante, agglutinant ensemble les divers organes pelviens ; pour ces cas, je réserve l'hystérectomie vaginale, qui m'a donné 6 beaux succès.

Il est des collections pelviennes, pour lesquelles l'hystérectomie serait une intervention disproportionnée, et la laparotomie une opération téméraire et dangereuse ; je veux parler des hématocèles ou des suppurations siégeant autour de l'utérus, sur ses faces antérieure, postérieure ou latérale, lésions de volume assez réduit et le plus souvent enkystées au voisinage du vagin. Il est indispensable de déterminer chemin faisant la topographie de ces lésions.

I

Les plus nombreuses, celles que le chirurgien a très souvent l'occasion de constater, siègent dans le cul-de-sac de Douglas, en arrière du segment inférieur de l'utérus, dans cette dépression profonde limitée en arrière par le rectum, sur les côtés par le relief des ligaments utéro-sacrés et en avant l'utérus. Les collections qui se forment dans ce point profond du bassin sont bien souvent des hématocèles, ou encore des collections séreuses de pelvipéritonite, ainsi que j'en ai observé deux cas, ou enfin des suppurations développées dans les trompes et autour d'elles. Le cul-de-sac postérieur du vagin est alors refoulé en bas par une tumeur dure et douloureuse au toucher ; le col est porté en avant et fixé dans cette position ; parfois les culs-de-sac latéraux sont libres, mais généralement et surtout quand il y a salpingite, on sent un relief dur et douloureux se prolongeant d'un côté dans le pelvis. Le palper combiné au toucher ne révèle aucun phénomène spécial, car tout se passe dans la région pelvienne déclive, dans l'angle dièdre compris entre les ligaments utéro-sacrés, loin du pubis et de l'angle sacro-vertébral. Le toucher rectal indique un relief très marqué dans l'intestin, dont la lumière est aplatie d'avant en arrière. Le diagnostic de ces lésions n'offre pas de grandes difficultés, mais la thérapeutique peut prêter à des considérations importantes.

En ce qui concerne l'hématocèle, on est unanime à reconnaître que l'intervention est inutile dans les collections d'importance si restreinte ; les malades du reste souffrent fort peu et le repos au lit, les injections antiseptiques, sont des moyens suffisants

pour assurer la résorption de l'épanchement dans de bonnes conditions. Mais il ne faut pas oublier que les collections sanguines rétro-utérines sont souvent le résidu d'épanchements volumineux, résorbés en partie, emprisonnés dans des loges formées par des adhérences et qui ne sont plus susceptibles de guérison. D'autre part, sans parler des cas où la collection est envahie par les éléments pyogènes, il n'est pas rare de rencontrer des hématocèles rétro-utérines chez les femmes atteintes depuis longtemps de péri-métro-salpingite. Dans ces conditions, l'intervention s'impose. Et s'il est vrai que l'hématocèle ait pour cause fréquente la rupture d'une grossesse tubaire, on m'accordera bien qu'il est au moins utile, dans ces cas, sinon formellement indiqué, d'évacuer la poche sanguine et de l'explorer attentivement. On sera donc assez souvent amené à intervenir dans l'hématocèle rétro-utérine, même peu volumineuse.

Il est hors de doute que l'existence d'une suppuration rétro-utérine réclame impérieusement l'évacuation. Je ne parle pas des collections séreuses pelvi-péritonitiques qui échappent au diagnostic, et pour lesquelles l'opération s'imposerait au même titre que pour les suppurations pelviennes.

Quelle voie peut donner facile accès au fond du bassin ? A coup sûr c'est la voie vaginale et l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin, autrement dit *l'élytrotomie interligamentaire*. La laparotomie exigerait pour atteindre le foyer d'assez longues manœuvres à travers les adhérences pelviennes, elle exposerait aux dangers d'une évacuation difficile et incomplète et nécessiterait un drainage. Plus simplement l'élytrotomie arrive au but en effondrant le plancher péritonéal au-dessus duquel se trouve la collection, en évacuant celle-ci et en établissant un drainage. Cette opération bien réglée en 1870, par Gaillard Thomas, a subi fort peu de modifications depuis cette époque. Les uns ont préconisé, avec Byford, Boisleux, l'incision verticale dans le but d'épargner les ligaments utéro-sacrés et de ne pas nuire à la statique de l'utérus ; les autres tiennent pour l'incision transversale pratiquée en arrière du col. Ces derniers, parmi lesquels je me range, prétendent avec raison que l'exploration de la cavité est plus facile et que l'ouverture de poches secondaires, comme il en existe souvent dans ces cas, s'opère plus simplement. J'estime d'ailleurs que l'incision transversale ne doit pas intéresser les ligaments

utéro-sacrés ; elle a une longueur suffisante, si elle reste inscrite dans la dépression intermédiaire, et en se maintenant dans ces limites, on ne risque pas d'atteindre les veines et artères utérines, ni les uretères.

Une fois l'incision vaginale pratiquée, le doigt, introduit dans la plaie, décolle le tissu cellulaire en suivant l'utérus, arrive sur la tumeur qui résiste et l'effondre d'un seul coup. Le liquide s'écoule aussitôt. Un lavage antiseptique nettoie la cavité et le doigt peut alors l'explorer en tous sens. En faisant déprimer la paroi abdominale, on peut affaisser le plafond, l'amener au contact du doigt, qui vérifie s'il existe d'autres poches ou une salpingite. Dans ce dernier cas, le doigt ouvre les cavités secondaires. Je n'ai jamais été dans la nécessité de pratiquer, comme l'ont fait souvent Byford et Laroyenne, l'ablation des annexes par la voie vaginale, mais j'ai vu pratiquer cette opération par le chirurgien lyonnais. Je reconnais qu'elle est possible ; mais, comme dit Bonnecaze, elle est dangereuse dans certains cas. Elle nécessite du reste une incision vaginale plus étendue et expose aux dangers de l'hémorragie. C'est pour obvier à cet inconvénient que Laroyenne et ses élèves laissent une éponge à cheval sur l'incision vaginale, afin de réaliser ainsi une compression hémostatique. J'ai pu me dispenser jusqu'aujourd'hui de toute instrumentation compliquée, le bistouri et le doigt me suffisent. Laroyenne se sert d'un trocart présentant la courbure du pelvis ; il l'enfonce dans la poche en arrière de l'utérus, puis conduit sur une rainure de la canule le métrotome de Simpson fermé ; cet instrument est retiré ouvert, ce qui procure un débridement latéral considérable permettant l'ablation des ovaires ou des trompes, si la chose est reconnue nécessaire. Si Laroyenne emploie une instrumentation semblable, c'est qu'il a adopté depuis longtemps l'élytrotomie comme méthode de traitement de toutes les suppurations pelviennes, aussi bien des collections volumineuses pelviennes, supérieures que des collections pelviennes inférieures. Bien que les résultats de Laroyenne, de Condamin, de Goullioud soient avantageux, je considère que la laparotomie et l'hystérectomie vaginale ont des indications et une valeur au moins comparables. On sait, en effet, que l'élytrotomie appliquée aux cas un peu compliqués expose aux récidives et ne dispense pas toujours, de l'aveu des chirurgiens lyonnais,

d'une hystérectomie secondaire. Voici les résultats de ma pratique personnelle dans les collections rétro-utérines.

J'ai fait 17 fois l'élytrotomie postérieure ; neuf fois pour des suppurations pelviennes, deux fois pour épanchement séreux dans des loges de pelvipéritonite et 6 fois pour hématocèle. Je vous demande d'insister sur quelques-unes de ces observations qui comportent un enseignement utile.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

tenu à Paris du 21 au 26 octobre 1895.

Séance du samedi 26 *octobre* (soir).

UTÉRUS ET SES ANNEXES.

Des indications et de la valeur de l'incision vaginale.

M. Bouilly, de Paris. Je m'occuperai seulement dans cette communication des moyens fournis par l'incision vaginale afin d'enlever des tumeurs et des collections péri-utérines et des fibromes utérins.

Ces opérations se feront sans délabrements, ni mutilations.

Nous étudierons donc l'incision vaginale successivement dans l'ablation : *a*) des kystes de l'ovaire ; *b*) des fibromes de l'utérus; *c*) dans l'extirpation des annexes d'un côté ; *d*) dans la cure des hématocèles peri-utérines.

A. Ablation des kystes de l'ovaire.

La voie vaginale pour l'ablation des kystes doit être une voie d'exception ; elle est recommandable seulement dans les cas où le kyste est petit, situé en arrière et sur les côtés de l'utérus ; en un mot, lorsque le kyste est pelvien.

Dans les conditions inverses, il faut préférer les opérations par l'abdomen. J'ai pratiqué l'opération par le vagin trois fois avec succès.

B. Fibromes de l'utérus.

L'extirpation du fibrome par la voie vaginale avec conservation de l'utérus est indiquée lorsque le fibrome est petit, situé à

la face intérieure de l'utérus. Elle est indiquée encore dans les fibromes cavitaires insérés dans le fond de l'utérus ; dans ce cas, on effondre le cul-de-sac antérieur du vagin, on incise l'utérus, on extirpe le fibrome, et on suture l'utérus. Ces opérations par le vagin sont moins dangereuses que l'hystérectomie vaginale et on conserve de plus l'utérus.

C. Pour les extirpations des annexes d'un côté, l'incision vaginale donne d'excellents résultats ; c'est d'ailleurs souvent une bonne incision exploratrice, car si on trouve les annexes malades des deux côtés, on fait l'extirpation bilatérale avec l'hystérectomie. J'ai fait 6 fois l'extirpation bilatérale par le vagin, mais une condition indispensable de cette opération, c'est qu'il faut que les annexes soient situées bas.

D. Si dans les affections précédentes l'incision vaginale était une opération d'exception, dans les collections sanguines péri-utérines elle devient l'opération de choix.

Ces collections en effet peuvent infecter le péritoine ; par le vagin, cette infection a le moins de chances de se faire.

On fait l'incision, on retire les caillots, on lave la poche, quelquefois même on peut curetter doucement, on met un gros tube, on fait l'antisepsie du vagin, la guérison s'obtient en 15 à 20 jours.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Richelot. Presque tous les chirurgiens deviennent partisans de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. Quelques-uns ont eu l'idée de la faire avec des pinces à demeure, sans ligatures. Rapidité d'exécution, suppression absolue de tout corps étranger, tel est le double but qu'ils se sont proposé d'atteindre.

La procédé que j'ai institué dès le mois de janvier 1895 et que j'ai décrit à la Société de chirurgie le 24 avril diffère de tous les autres par quelques points essentiels que je vais mettre en lumière.

Je ne dis plus qu'il faille se placer entre les jambes de la femme ; j'ai trouvé le moyen de me servir du plan incliné, construit de façon à manier facilement les pinces.

Le premier des temps essentiels de mon procédé, quand la situation l'exige, c'est l'énucléation préliminaire des fibromes. Ensuite vient la taille du lambeau péritonéal antérieur, pour

séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis. Ensuite l'ouverture du cul-de-sac antérieur. Pour guider les ciseaux, j'introduis mon index gauche dans le vagin. Quand la perforation est faite, mon doigt quitte la cavité vaginale et n'y revient plus ; celle-ci, bien entendu, est lavée et aseptique ; il n'y a donc, dans cette manœuvre, aucun danger d'infection.

J'ouvre le cul-de-sac antérieur seul, et je ne m'occupe pas du postérieur ; pour passer en arrière le mors postérieur de la pince longue destinée à saisir le ligament large dans toute sa hauteur, je fais, avec la pointe des ciseaux mousses, un étroit orifice à la base de ce ligament, au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale.

En embrassant de la main gauche le ligament, il est facile de trouver le point et de guider les ciseaux. Cet orifice est au point précis où nous mettons la première pince dans l'hystérectomie vaginale, pour saisir l'utérine. Il est bien au-dessus de l'uretère, qui passe obliquement sous le pied du ligament large pour gagner la vessie rejetée vers le pubis.

Ce petit orifice et la manière de placer la pince longue, voilà ce qui, avant tout, caractérise mon procédé ; voilà ce qu'il faut bien saisir, quitte à discuter ensuite les avantages que j'y trouve.

Quand les deux ligaments sont pincés, il reste à détacher rapiment l'utérus et à couper en dernier lieu l'insertion postérieure du vagin. Celle-ci donne toujours du sang, et je tiens à y faire une hémostase complète. Deux ou trois « longuettes de seize », introduites par le vagin, suffisent en général. Il m'est arrivé d'avoir quelque peine à les placer ; mais l'usage du plan incliné et la position du chirurgien à droite de la malade facilite beaucoup cette dernière manœuvre.

Pour le pansement, je n'introduis plus rien par l'abdomen. Je trouve plus commode de placer dans le vagin un écarteur antérieur, et de glisser entre lui et les pinces un tampon de ouate iodoformée qui affleure la plaie vaginale et la bouche exactement, puis un second et un troisième au-dessous du premier. Après la suture de la plaie abdominale, tout est fini, et le résultat immédiat est exactement celui d'une hystérectomie vaginale.

Traitement de l'hématocèle péri-utérine.

M. Reynier, de Paris. Dans le traitement de l'hématocèle rétro-

utérine, il faut rejeter absolument l'abstention ou l'expectation. Pour ma part, je préconise l'intervention précoce.

D'après la statistique de Martin (1892), on trouve :
265 cas d'expectation avec 63 pour 100 de morts.
585 cas opérés avec 76 pour 100 de guérisons.

D'après Roos, sur 29 opérés, il note 3 morts.
sur 7 expectations, il note 2 morts.

En 1895, Certan signale 249 cas d'hématocèles, dont 76 abstentions avec 66 morts, et 162 opérations avec 134 guérisons.

D'après toutes ces statistiques il faut rejeter l'expectation ; non seulement l'expectation donne une grande mortalité, mais même quand elle est suivie de succès, ce résultat heureux n'est pas comparable au résultat heureux qui succède à l'intervention.

En effet, après l'intervention, on a une guérison complète et rapide ; avec l'expectation, il faut que la malade garde un long repos au lit ; il y a des douleurs persistantes ; on note des récidives, des poussées de pelvi-péritonite. Les récidives, en effet, sont dues à ce fait que l'hématocèle est due à des troubles de la fécondation et qu'il persiste toujours des lésions anciennes, causes premières de ces troubles.

Il faut donc intervenir soit pour arrêter une hémorragie grave, dans l'hématocèle, soit pour débarrasser la malade des produits d'une grossesse tubaire, soit pour supprimer des annexes malades, cause de ces troubles ; mais quelle est la meilleure intervention pour les hématocèles ? Est-ce la voie vaginale ou la voie abdominale ?

Lorsque l'hématocèle est suppurée, la voie vaginale est la voie de choix. Lorsque, au contraire, l'hématocèle est récente, la voie abdominale est préférable. Dans ce dernier cas, en effet, l'incision vaginale est insuffisante.

Le plus souvent, la lésion est unilatérale ; la voie abdominale permet donc de localiser la lésion et d'enlever les annexes malades, d'arrêter une hémorrhagie.

On a dit que la laparotomie était plus dangereuse que l'opération par le vagin ; c'est vrai quand l'hématocèle est ancienne et enkystée. Mais lorsqu'on intervient de bonne heure, la laparotomie n'est pas dangereuse. Par l'opération :

Sur 42 cas,	Lawson Tait a obtenu	40 guérisons.	
82	Preiss	»	80 »
20	Gusserow	»	3 »
12	Reynie	»	12 »

Dans mes cas, je suis toujours intervenu au bout de quelques jours.

Sur mes 12 cas, il y a 3 grossesses tubo-péritonéales et 2 salpingites hémorragiques.

Quant au manuel opératoire, il n'a rien de spécial. Après la laparotomie, je détruis les adhérences épiploïques ou intestinales qui cachent le foyer. J'incise et vide celui-ci, je le lave, mais je ne fais pas de drainage,

M. Picqué. On confond sous le nom d'hématocèle extra-utérine deux choses absolument différentes. Il faut distinguer les grossesses extra-utérines arrêtées dans leur évolution par une hémorragie. C'est à ces dernières seulement que nous donnons le nom d'hématocèle.

Le seul traitement applicable à ces hématocèles est la laparotomie. Quelquefois, quand l'hémorragie est abondante, il faut pincer immédiatement les annexes avant de les lier.

Quand l'hématocèle est bien enkystée on peut passer par le vagin, comme le préconise Bouilly. J'ai eu un succès de ce genre, il ne faut pas faire l'hystérectomie vaginale, car la lésion est unilatérale.

M. Bouilly. M. Reynier confond deux choses qu'il faut distinguer pour le traitement : Les grossesses tubaires en train de se rompre et l'hématocèle déjà enkystée. Dans le premier cas il faut faire la laparotomie ou attendre, car le sang va s'enkyster. Une fois enkystée, l'hématocèle doit être ouverte par le vagin.

M. Reynier. Nous le répétons, dans les hématocèles récentes, il faut faire la laparotomie ; dans les anciennes, il faut faire l'opération par le vagin.

M. Péan. L'hématocèle est souvent produite par des maladies utérines (fibromes, sarcomes) ; dans ces cas donc il faut préférer l'incision vaginale. On peut examiner ainsi le petit bassin et enlever les annexes et l'utérus s'ils sont malades.

Hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale et la décortication de la poche.

M. Lejars, de Paris. Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui jus-

qu'à 42 ans n'avait eu que des affections sans gravité ; elle était bien réglée, et deux grossesses s'étaient passées sans incident.

Une nouvelle grossesse qui survint brusquement, il y a 5 ans, parut signaler le début de l'affection actuelle ; dès lors, la menstruation devint très irrégulière, toujours accompagnée de douleurs, et d'une gêne croissante de la miction et surtout de la défécation. La malade s'est aperçue elle-même, il y a un an, de la présence d'une sorte de bosse saillante en dessous de la fesse droite : depuis, la grosseur a progressivement acquis les dimensions anormales que nous constatons.

Au niveau de la fesse droite, les téguments sont soulevés par une tumeur arrondie, aussi grosse que le poing, résistante plutôt que fluctuante, et recouverte par une peau légèrement violacée. Ce n'est, du reste, que le pôle inférieur d'une vaste poche, que permet de délimiter l'exploration du rectum, du vagin et de la fesse.

Le rectum est en grande partie obstrué par une masse en dos d'âne, qui soulève sa paroi latérale droite et communique manifestement avec la poche.

Dans le vagin, la paroi postérieure est occupée, elle aussi, par une épaisse voussure qui remonte sur toute sa hauteur, l'antérieure, de volume et de forme normale, très accessible au-dessus du pubis, est soulevée en masse. Enfin, la fosse iliaque droite est remplie dans toute sa moitié inférieure par le prolongement supérieur de la tumeur liquide.

La consistance est en effet fluctuante dans l'ensemble, bien que pâteuse ou dure par place ; une ponction avait du reste ramené un liquide brunâtre évidemment.

Le diagnostic d'hématocèle sous-péritonéo-vaginale devenait donc très probable.

Le 7 septembre 1894, j'attaquai la poche par la région ischiorectale : je fis, à trois travers de doigt en dehors de l'anus et de la fourchette, sur le relief de la tumeur, une incision antéro-postérieure de 10 centimètres ; j'arrivai presque aussitôt sur la poche, que j'ouvris largement. Elle contenait environ un litre de liquide brunâtre, *chocolat*, mêlé de caillots noirs. Le fond de la cavité remontait à une hauteur de près de 20 centimètres, il était, du reste, parfaitement fermé et la poche close de toutes parts.

Je me mis en devoir de décortiquer et d'extirper la paroi ; la

dissection devint très difficile au niveau de la paroi rectale, et à la partie supérieure. Pourtant, à mesure que la poche était libérée, les tractions exercées sur elle abaissaient son arrière-fond, qui devenait de plus en plus accessible, et la décortication pouvait ainsi se poursuivre sous les yeux. Je constatai, au cours de ce long travail, que la poche avait refoulé et dissocié le releveur de l'anus, dont les fibres éparpillées recouvraient sa face externe. Enfin, l'extirpation totale s'acheva sans accident, et sans que le péritoine fût ouvert. Tamponnement de la plaie partiellement réunie, à la gaze salolée.

Les adhérences étaient si intimes au niveau de la paroi latérale du rectum, que l'amincissement des tuniques était de nature à faire craindre, en quelques points, une perforation secondaire. De fait, au quatrième jour, une fistule stercorale s'établit. La malade n'en guérit pas moins, sans autre complication : un mois après, la fistule stercorale était opérée et, plus tard, deux petites interventions complémentaires faisaient disparaître à peu près complètement la légère incontinence qui avait persisté.

L'examen de la poche et de son contenu n'a donné aucun résultat intéressant. Je me garderai donc de formuler aucune hypothèse pathogénique. Quant à la topographie de la poche sanguine sous-péritonéo-pelvienne, elle était, nous venons de le voir, de la plus grande netteté.

Le relief de la tumeur au niveau de la fosse ischio-rectale commandait la voie à suivre. Cette voie ischio-rectale semble, du reste, très favorable, puisqu'elle nous a permis la décortication totale de la poche.

Grossesse tubaire.

M. Demoulin, de Paris, relate un cas de grossesse tubaire gauche, chez une femme de 30 ans, grossesse qui se rompit vers la sixième semaine donnant lieu à une abondante hémorragie intrapéritonéale. Laparotomie 8 heures après le début des accidents, toilette du péritoine avec des compresses aseptiques, pas de drainage. Guérison rapide. M. Demoulin se range parmi les interventionnistes des premières heures, considère comme dangereuse l'expectation. Il cite, à l'appui de son opinion, différentes statistiques tirées de la thèse récente de Cestan (24 juillet 1894) et qui donnent pour les interventions faites immédiatement une pro-

portion d'environ 80 pour 100 de guérisons, alors que les relevés des non-interventionnistes (dans les cas d'hémorragie grave, bien entendu) accusent une mortalité de 85 pour 100 et une proportion de 14 à 15 pour 100 seulement de guérisons. Devant de pareils résultats on ne saurait hésiter, d'autant mieux que les forces des malades que les non-interventionnistes redoutent de voir diminuer encore par le choc opératoire surajouté à la dépression hémorragique, peuvent être efficacement soutenues par les injections abondantes de sérum artificiel, et l'emploi de l'éther comme anesthésique.

Tuberculose génitale chez la femme.

M. Picqué, de Paris. Nous avons observé le fait suivant :

Une jeune fille de 18 ans, dont la mère est tuberculeuse, a présenté, il y a quelques mois, dans la fosse iliaque droite, une tumeur volumineuse qui alla en augmentant ; elle n'avait jamais eu auparavant de troubles dans la santé générale, ni dans la menstruation.

La tumeur, assez volumineuse, allait de la fosse iliaque jusque vers la ligne médiane ; elle était en connexion avec les annexes, indépendantes de l'utérus et formait une grosse masse dans le cul-de-sac postérieur.

Nous avons fait la laparotomie et nous avons trouvé un double pyo-salpinx tuberculeux.

De l'extirpation des fibromes du ligament large.

M. Vautrin, de Nancy. J'ai pu rassembler, en me servant des statistiques de Bilfinger et de Lang (thèse de Nancy, 1892), 42 observations de fibromes ligamentaires, parmi lesquels quelques-uns ne sont que des trouvailles d'autopsies. Au point de vue du traitement, on peut distinguer les fibromes ligamentaires, en trois catégories : 1) les fibromes pédiculés ; 2) les fibromes de moyen volume ; 3) les fibromes énormes.

1) Les fibromes pédiculés, dont on connaît 6 observations (Mikulicz, Sænger, Bilfinger, Doran, Gross, Binaud), sont les tumeurs qui prêtent le moins à discussion. Leur traitement est simple et se borne à la ligature du pédicule suivie d'excision. Cependant, on a enregistré quelques accidents. Sænger a vu la guérison retardée par l'apparition d'une pelvi-péritonite ; Mikulicz a observé

1 hémorragie intra-abdominale suivie de suppuration ; Gross a assisté chez sa malade à des accidents analogues. Sur 5 ablations de fibromes pédiculés, trois fois il y eut complication sérieuse.

2) Les fibromes de moyen volume sont les plus communs. La méthode de choix est l'énucléation. Il suffit, la cavité abdominale étant ouverte, d'inciser l'enveloppe séreuse de la tumeur parallèlement à la direction de la trompe et d'énucléer. Parfois la vascularisation est abondante et le pincement préalable des vaisseaux utéro-ovariens s'impose. Rarement l'hémorragie est considérable. Toutes les interventions de ce genre ont été des succès. Aussi est-il préférable d'opérer par la voie abdominale, plutôt que de tenter par le vagin une extirpation plus difficile et plus aveugle. La voie para-péritonéale, conseillée par Pollosson, me semble aussi moins facile et moins sûre.

3) Les fibromes énormes remplissent généralement le bassin et débordent dans la cavité abdominale. Ils repoussent l'utérus en haut ou en bas, en avant ou en arrière, s'insinuant parfois sous son revêtement séreux et peuvent envahir l'autre ligament. Ces tumeurs sont très vasculaires et changent, en se développant, le rapport des organes pelviens. Leur ablation est très difficile et dangereuse. Sur 9 observations, on compte 6 morts. Les dangers de l'opération résident dans l'hémorragie résultant de l'ouverture des nombreuses veines qui entourent la tumeur d'un réseau serré, dans les adhérences qui existent, tantôt avec la vessie ou l'uretère, tantôt avec l'intestin et principalement le rectum. Presque tous les insuccès ont eu pour cause l'hémorragie pendant l'opération.

J'ai opéré il y a quelques mois, un de ces volumineux fibromyomes ligamentaires, chez une femme de 47 ans, qui portait en outre une hernie ombilicale en partie irréductible. Le ventre ouvert, je trouvai une tumeur remplissant le bassin et dans l'idée qu'il s'agissait d'un fibrome utérin intraligamentaire, je pratiquai l'hystérectomie abdominale totale. L'examen de la tumeur me montra ensuite qu'il n'existait entre l'utérus et cette dernière que des rapports de voisinage. Malgré la suture de deux perforations faites à la vessie, la malade guérit et rentra chez elle un mois après l'opération.

Ce succès et la lecture des observations analogues m'ont persuadé de la nécessité de proposer pour l'extirpation des fibromyomes volumineux du ligament large, l'hystérectomie totale. On

[illegible] dangereuse, une [illegible] sans [illegible] qui constituent la [illegible] l'avantage de [illegible] dans la [illegible] par la voie vaginale [illegible] l'énucléation du fibrome [illegible] de drainer par la plaie abdominale.

Statistique des opérations faites sur l'utérus.

[illegible] de Paris [illegible] fait une ablation totale de l'utérus pour une grosse tumeur fibreuse et à ce moment déjà nous avions répété plusieurs fois cette opération.

En [illegible] nous avions enlevé par le vagin, au contraire, des tumeurs [illegible] petites, et cette idée d'opérer par le vagin nous a été suggérée par les opérations que nous faisions sur les tumeurs malignes du col. Peu à peu les chirurgiens ont enlevé par le vagin des tumeurs de plus en plus grosses et ces opérations ont été rendues possibles grâce à la méthode de morcellement que nous avons inventée. De plus, la voie vaginale est moins dangereuse que la voie abdominale.

Souvent aussi il y a grand avantage à enlever tout l'utérus par le vagin en même temps que les tumeurs de cet utérus et, en 1886, j'imaginai de faire l'ablation totale de cet utérus soit en passant par l'abdomen, soit en passant par le vagin ou en passant par le vagin et par l'abdomen. On peut pincer ainsi les ligaments larges, soit par l'abdomen, soit par le vagin.

J'ai employé toutes ces méthodes successivement : méthodes abdominale, vaginale ou mixte, et je dirai qu'entre les mains d'un chirurgien exercé tous ces procédés peuvent être bons suivant les cas.

Voici ma statistique des opérations sur l'utérus allant de 1890 à 1894.

Elle ne vise que les grandes tumeurs fibreuses.

J'ai opéré par la voie vaginale :

En 1890 et 1891	102	femmes avec	100	guérisons	2	morts.
En 1892	57	—	56	—	1	—
En 1893	35	—	35	—	0	—
En 1894	55	—	54	—	1	—

J'ai opéré par la voie abdominale ou par la voie mixte :

En 1890 et 1891	47	cas avec	44	guérisons	3	morts.
En 1892	24	—	24	—	0	—
En 1893	23	—	23	—	0	—
En 1894	26	—	26	—	0	—

En résumé, il faut toujours enlever les fibromes de bonne heure ; quant à la méthode, elle sera laissé au choix du chirurgien.

Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale.

M. SEGOND, de Paris. Pour nous tout fibrome dont les limites supérieures ne dépassent pas l'ombilic est justiciable de l'opération par la voie vaginale, mais nous devons dire dès à présent que l'intervention chirurgicale chez les femmes atteintes de fibromes est toujours grave, car ces femmes sont extrêmement anémiées par les hémorragies successives, elles sont épuisées ; nous devons dire de plus que la castration ovarienne pour ces tumeurs fibreuses n'est qu'un pis aller.

Nous n'envisagerons donc que l'hystérectomie totale, vaginale par morcellement, comparée à l'abdominale. Pour beaucoup d'auteurs, il faut rejeter l'opération par le vagin quand la tumeur est plus grosse qu'une tête de fœtus. D'autres disent qu'il faut passer par l'abdomen quand le fibrome atteint l'ombilic.

Pour moi, quand les limites supérieures du fibrome s'arrêtent à l'ombilic, je préfère l'hystérectomie vaginale. L'opération est moins dangereuse que par l'abdomen et ne laisse pas de cicatrice sur le ventre. J'ai opéré 66 cas de ce genre avec 7 morts.

Cette mortalité évidemment est élevée, mais il faut songer que nous avons opéré des malades arrivées avec un mauvais état général.

Comme complications opératoires, de plus, nous avons eu un décubitus aigu, une hémorragie au treizième jour, une phlébite, une fistulette vésicale, un état syncopal au vingtième jour.

Quant au manuel opératoire, nous affirmons qu'il n'y a pas de procédé d'auteur applicable à tous les cas.

La grande méthode à employer et fondamentale est la méthode de morcellement.

Hystérectomie vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs utérines.

M. Moulonguet, d'Amiens. On commence l'opération comme s'il s'agissait d'une hystérectomie vaginale. Incision circulaire du vagin, décollement de la vessie et du rectum en avant et en arrière, et on place 2 grandes pinces à mors longs sur la base des ligaments larges.

On abandonne la voie vaginale : on ouvre l'abdomen, on libère et on attire la tumeur dont on se débarrasse au besoin en plaçant aussi bas que possible un lien élastique. On sent alors facilement et on voit les mors des pinces placées par le vagin sur la base des ligaments. Ce qui permet d'ouvrir très facilement les culs-de-sac s'ils n'ont point été ouverts par le vagin. On pousse alors les deux grandes pinces vaginales avec la main droite, en les conduisant sur la main gauche jusqu'à ce qu'elles embrassent toute la hauteur des ligaments larges. On n'a plus qu'à couper les ligaments larges en dedans des pinces et à enlever par l'abdomen le col et ce qui reste du moignon utérin.

Cette opération permet de ne pas promener ses mains alternativement du vagin dans l'abdomen. Elle facilite singulièremant l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux et le décollement de la vessie grâce à la saillie des mors des pinces vaginales qui pincent la base des ligaments larges et forment un point de repère précieux.

M. Chipault fait une communication sur *quelques types cliniques nouveaux de lésions radiculaires et médullaires.*

M. Delaunay lit une note sur *l'ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus.*

M. Chalot, de Toulouse. *L'opération d'Alexander modifiée.*

M. Tournay, de Bruxelles. *Modification du procédé « définitif » d'hystérectomie abdominale totale de Richelot.*

M. Lebec, de Paris, expose un *nouveau procédé d'hystérectomie totale par ligature.*

(*La Médecine moderne.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *juillet* 1895.

HYSTÉRECTOMIE POUR INFECTION CONSÉCUTIVE A UNE AMPUTATION DU COL.

M. Pozzi rapporte l'observation d'une jeune femme qui, en 1893, avait subi dans un service de chirurgie un curettage suivi d'amputation du col. Deux ans plus tard elle revint, dans le service de M. Pozzi qui, à l'examen, trouva une oblitération complète du col, un utérus gros et des annexes formant tumeur de chaque côté, ensemble de symptômes qui imposait le diagnostic d'hématomètre avec hématosalpinx double par rétention. Comme dans ces conditions l'hystérectomie présentait des difficultés toutes particulières, M. Pozzi fit la laparotomie et enleva les annexes en espérant de vider l'utérus après dilatation, et drainage ultérieurs. Les prévisions s'accomplirent et la malade put quitter l'hôpital ; mais elle revint au bout de quelques jours et l'examen montra que l'hématomètre a fini par suppurer. M. Pozzi fit alors l'hystérectomie vaginale, très difficile dans les conditions en présence. Les suites furent simples pendant 24 heures, lorsque se déclara une péritonite septique. Au cinquième jour, l'état de la malade s'aggravant de plus en plus, on fit une injection de sérum antistreptococcique, et la malade guérit après une lente convalescence.

M. Segond trouve comme M. Pozzi que chez les jeunes femmes l'opération de Schrœder est une mauvaise opération, nécessitant ultérieurement, encore assez souvent, l'hystérectomie.

Séance du 30 *octobre*.

ABSENCE DE VAGIN. — RESTAURATION.

M. Picqué (rapporteur) rappelle en quelques mots l'observation envoyée par M. Villar (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme, âgée de 32 ans, qui n'a jamais été réglée. Mais à la place des menstrues, elle avait des épistaxis périodiques. Elle s'est néanmoins mariée à 18 ans et demi. Pas de rapports sexuels avec son mari. Mais bientôt le divorce.

M. Villar a vu cette malade en 1892. Par le palper abdominal, il n'a trouvé ni utérus ni annexes. Par le toucher rectal, il a senti un utérus très atrophié. A la place de l'entrée du vagin, il y avait

Hystérectomie va…

M. Moulongu… s'il s'agissait d… vagin, décol… rière, et o… ligament…

On ab… et on r… aussi… et c… li…

… les deux petites lèvres et … la pression du doigt. M. Villar … façon suivante : il a fait une incision … une petite lèvre à l'autre, incision recommandée dans une précédente … semblable sujet. Puis, il a décollé la cloison … Cette cloison était d'une minceur extrême. Il … autoplastie pour favoriser la formation de la cavité … créée. Il a, enfin, fait porter à sa malade un appareil … à empêcher la rétraction cicatricielle. Cet appareil a été supporté pendant quatre ou cinq mois. Au bout de 14 mois, la malade avait un vagin dilatable, tapissé d'une muqueuse et long d'environ 7 centimètres ; mais, toujours pas de rapports sexuels.

Malgré ces résultats insuffisants au point de vue de la physiologie génitale, on ne doit plus mettre en doute, aujourd'hui, l'utilité de la création du vagin artificiel quand le vagin naturel fait défaut. Mais il faut être circonspect pendant cette opération. Les procédés autoplastiques qui m'ont donné de bons résultats, personnellement, et qui en ont donné de semblables à M. Villar, sont néanmoins, souvent accompagnés d'échecs. Enfin, je n'approuve pas l'usage de l'appareil employé par M. Villar pour obtenir la dilatation du vagin qu'il avait créé. Cela dit, je propose d'envoyer nos remerciements à M. Villar et d'inscrire son nom dans un bon rang pour le titre de membre correspondant national de la Société.

M. Segond. J'ai une observation de même nature que celle de M. Villar à vous raconter.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, mariée, quoique n'ayant jamais eu ni menstrues, ni troubles concomitants. Peu après le mariage, le mari a vis-à-vis de sa femmes certaines difficultés que vous soupçonnez peut-être. Je ne sais pas ce qui s'est alors passé au sujet de cette femme. Toujours est-il qu'elle m'a été présentée à quelque temps de là.

Je l'ai d'abord interrogée. Elle m'a raconté qu'elle avait été *opérée*. Puis on m'a *conseillé*, dit-elle, de me dilater avec l'instrument que voici (elle m'a montré un *spéculum de Ricord*) et maintenant, a-t-elle ajouté, je puis avoir avec mon mari les rapports sexuels que je n'avais pas auparavant.

t interrogatoire, j'ai touché cette femme, mais *sans* on doigt est entré dans une cavité très vaste sembla-nd vagin et j'avais la racine de mon index parfaite-primée, comme on l'a d'ordinaire à l'entrée du vagin. t alors que *j'ai regardé*. Et j'ai vu, à ma grande stupéfac-n, que mon doigt était introduit dans l'urèthre et avait péné-ré dans la vessie.

C'est dans son urèthre que cette femme faisait la dilatation qu'on lui avait conseillée. C'est dans l'urèthre que s'accomplissait le coït. Mais de vagin, il n'y en avait pas. Il s'agissait donc de lui en faire un.

Sans perdre du temps aux anciennes méthodes, j'ai tout de suite pensé à une opération sanglante. J'ai, moi aussi, fait une incision transversale au niveau de la membrane occupant la place de l'orifice du vagin ; j'ai décollé, avec les doigts, la cloison recto-uréthrale, et, comme dans le cas de M. Villar, cette cloison était d'une grande minceur. Tellement mince était la cloison que, ayant d'autre part senti, par le palper abdominal et le toucher rectal combinés, un tout petit noyau d'une dureté extrême que je pris pour l'utérus atrophié, je me rapprochai, dans mon décollement, tout près de ce noyau, mais je ne l'atteignis pas de peur d'entrer dans la cavité péritonéale.

Ensuite, je n'ai pas fait d'autoplastie, contrairement à M. Villar. Je me suis contenté de faire un simple tamponnement de ce vagin artificiel avec de la gaze iodoformée. Ma malade a longtemps gardé le lit, et, quand j'ai sorti tout à fait la gaze iodoformée, j'ai pratiqué la dilatation vaginale, non avec un spéculum de Ricord, mais avec des bougies rectales que la malade a pris soin d'introduire elle-même régulièrement dans son vagin. Elle a enfin, aujourd'hui, un vagin petit, mais suffisant, et chez elle la physiologie a complété l'anatomie.

M. Schwartz. — Je ne fais que rappeler un cas d'absence de vagin, avec hernie double de l'utérus des trompes et des ovaires, que j'ai opéré autrefois en pratiquant le décollement, comme mes collègues, et en réduisant les organes herniés. J'ai établi le lambeau de muqueuse par autoplastie.

M. Pozzi. — La topographie de la vulve a-t-elle été faite dans le cas de M. Villar? Cela est important à cause de l'embryogénie de l'hymen, qui, selon moi, ne serait pas une dépendance des

canaux de Muller. Je ferai remarquer à M. Segond que les dilatations vaginiformes de l'urèthre, loin d'être rares, se rencontrent chez les hypospades et les imperforées.

M. Tuffier. — Voici une observation :

On m'amène, il y a quelques mois, une jeune fille qui présente une tumeur abdominale. A chaque période menstruelle, elle présente des fortes poussées douloureuses. Je fais le toucher et j'entre dans un prétendu vagin au fond duquel je sens une tumeur. Je pensais donc à un vagin incomplètement perforé et présentant au-dessus de son fond une tumeur formée par la rétention des menstrues. Je voulus d'abord faire la dilatation de ce vagin. Extérieurement, en effet, la vulve ne présentait rien de spécial. Mon interne mit donc une tige de laminaire dans le vagin. Mais, quand je voulus, à trois jours de là faire l'opération, je ne trouvai plus la tige. J'examinai, à nouveau, et je vis que cette tige était dans la vessie où elle occupait une direction transversale comme tous les corps étrangers de la vessie. En somme, il n'y avait pas de vagin, je résolus d'en créer un.

Je fis donc l'incision transversale classique ; j'opérai le décollement de la cloison, comme l'ont fait mes collègues. J'abaissai fortement l'utérus et je l'accolai sur les limites du trajet intermédiaire que je venais de créer. Je fixai ainsi l'utérus à la peau.

Pendant quelque temps, tout alla bien ; mais, bientôt, l'orifice se rétracta, s'oblitéra et je dus faire une seconde intervention.

Aujourd'hui, enfin, ma malade présente une toute petite cavité vaginale, mais elle n'en continue pas moins à coïter avec son urètre.

M. Picqué. — Je répondrai simplement à la question de M. Pozzi que M. Villar ne nous a donné aucun détail sur la topographie de la vulve de sa malade. Le moindre détail eût cependant été intéressant, surtout quant à l'hymen.

(*Gazette médicale de Paris.*)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE BORDEAUX.

Séance du 8 octobre 1895.

RÉTENTION CONTYLÉDONAIRE. — UTILITÉ DE L'INTERVENTION MANUELLE.

M. Chaleix. Il s'agit d'une femme 9pare, chez laquelle une

heure après un accouchement normal et rapide, suivi d'une délivrance naturelle, se produisit une hémorragie interne par inertie utérine. L'utérus, mou, flasque, dépassait l'ombilic et, à droite, atteignait les fausses côtes. Les injections vaginales, les injections utérines, le massage de l'organe restaient sans effet. Appelé auprès de la malade, je la trouvai dans un état alarmant, voisin de la syncope. Je me hâtai d'introduire la main droite dans l'utérus, si développé, que j'eus peine d'abord à en reconnaître les parois. J'évacuai les caillots qu'il contenait ; puis, sans ôter ma main de la cavité utérine, j'y introduisis profondément la grosse sonde de Budin et donnai une injection très chaude. Le muscle utérin ne réagit point, l'hémorragie ne cessa pas. Retirant la sonde de Budin, j'explorai attentivement en tous points la cavité utérine et fus assez heureux pour détacher et amener au dehors un cotylédon placentaire, arrondi, de la dimension d'une pièce de cinq francs, épais d'un centimètre en sa portion centrale et qui se trouvait inséré à la partie supérieure de la paroi antérieure.

Je fus quelque peu étonné, car pendant que je me lavais les mains, avant d'intervenir, je m'étais fait montrer le délivre qui, à cet examen sommaire, m'avait paru entier ; les membranes étaient complètes, le gâteau placentaire ne portait aucune trace d'effraction cotylédonaire.

Dès lors, l'utérus recouvra peu à peu sa contractilité ; un nouveau lavage utérin fut pratiqué et l'hémorragie s'arrêta complètement.

L'état général de la malade était très déprimé ; elle se releva peu à peu, grâce à des soins énergiques ; injections sous-cutanées de caféine, élévation et bandage roulé des membres inférieurs, inhalation d'oxygène, etc. Je ne la quittai qu'au matin, la laissant hors de danger. Mais avant de partir, je m'empressai, dès que mes inquiétudes furent calmées, d'examiner soigneusement le délivre et de chercher le point d'insertion du cotylédon que j'avais retiré de l'utérus. La surface utérine du placenta était absolument complète ; sur tout son pourtour, elle se terminait en pente douce sans aucune trace d'arrachement. Je cherchai vainement ces filets vasculaires, signalés par M. Tarnier, que l'on trouve quelquefois sur la face utérine des membranes, unissant la circonférence du placenta à un cotylédon accessoire et dont la présence

peut indiquer que le cotylédon qu'ils rejoignaient est resté dans l'utérus. Pour m'aider dans mon investigation, je fis couler sur le placenta un filet d'eau, je pus voir, grâce à cette irrigation détersive, qu'en une région voisine de la circonférence du placenta existait sur la face utérine des membranes un espace sensiblement moins lisse et moins pâle que le reste de cette surface. Il avait la largeur d'une pièce de cinq francs, comme le cotylédon dont je cherchais l'emplacement et à peu près la même forme. En y appliquant ce cotylédon, on voyait qu'il s'accolait exactement à la circonférence du placenta avec laquelle il était tangent. On pouvait s'expliquer ainsi qu'il n'y eût pas de bouquet vasculaire unissant la masse placentaire principale à la masse accessoire, puisque, ainsi que l'a fait remarquer M. Budin, à propos d'un cas à peu près analogue, les artères et les veines pénétraient dans ce cotylédon supplémentaire par le point de sa circonférence qui était en contact avec le bord du placenta.

Dans des faits de ce genre, où l'examen même attentif du placenta et des membranes donne aussi peu d'indices, il est bien difficile de reconnaître qu'un cotylédon a pu rester dans la cavité utérine. Une telle disposition est en somme très rare, mais il est bon de ne pas en oublier la possibilité, et en présence d'accidents hémorragiques ou infectieux, de ne pas nier l'existence d'une rétention cotylédonaire en arguant que l'examen de l'arrière-faix n'a rien signalé d'anormal.

Cette observation peut servir encore à montrer une fois de plus que, dans les hémorragies par inertie utérine postérieures à la délivrance, les moyens ordinaires, tels que le massage extérieur de l'utérus, les injections vaginales et même les injections utérines, peuvent échouer dans les cas graves. En présence de ces hémorragies internes violentes, qui mettent si rapidement les jours de la femme en danger, il faut, comme le conseille M. Tarnier, se souvenir que l'intervention manuelle est le procédé vraiment actif ; il faut introduire la main délibérément dans l'utérus, en évacuer la cavité et l'explorer en tous ses points. Il suffit, en effet, quelquefois d'une masse cotylédonaire de minime volume pour paralyser, surtout chez une grande multipare, la contractilité du muscle utérin.

ESCHARE SACRÉE A LA SUITE D'UNE HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

M. Villar. J'ai vu se produire, chez une de mes opérées, quelques jours après une hystérectomie vaginale laborieuse pratiquée pour un fibrome utérin volumineux, une large eschare sacrée. C'est là un cas très rare ; M. Legueu a signalé deux faits analogues au Congrès de Gynécologie de Bordeaux. Dans ses cas comme dans le mien, l'eschare a guéri totalement. Pour M. Legueu, la compression ne joue aucun rôle ; c'est à une influence trophique qu'il faut rattacher l'apparition de ces accidents. Ils se développent surtout à la suite des opérations laborieuses qui nécessitent des manœuvres pénibles, au cours desquelles les nerfs sont tiraillés et irrités.

DOUBLE KYSTE DE L'OVAIRE. — DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC.

M. Villar. Il s'agit d'une fillette de quatorze ans qui avait perdu du sang depuis trois mois. Elle portait une tumeur hypogastrique, arrondie, mobile, liquide, paraissant indépendante de la région pelvienne. Pas de troubles fonctionnels. On aurait pu songer un moment à un néoplasme du mésentère, en raison de la situation médiane de la tumeur, de sa mobilité extrême et de son apparente indépendance des organes pelviens, au palper et au toucher ; mais, nous basant sur la matité de la tumeur et sur la fréquence plus grande des kystes de l'ovaire, nous avons porté ce dernier diagnostic qu'a confirmé l'opération.

REVUE DE LA PRESSE

SYNDROME UTÉRIN ET MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

Par le Dr B. Meurisse, de Cysoing. Lille, Quarré, édit.

Si c'est une chose agréable, ce n'est pas une tâche facile que de rendre, d'un ouvrage comme celui du docteur Meurisse, le compte-rendu qu'il mérite.

L'auteur n'a pas reculé devant un sujet aussi vaste que celui des rapports entre la grande névrose et la pathologie utérine.

Il l'a d'ailleurs traité avec une abondance de documents, une science encyclopédique, et un souci thérapeutique qui font de son livre un

véritable traité sur la matière, et qui le recommandent à tous ceux qui voudront étudier cette difficile question.

L'historique, de Platon à Charcot, nous résume les innombrables controverses auxquelles a donné lieu la question de la nature de cette maladie bizarre ; et l'index bibliographique, qui ne comprend pas moins de 25 pages, témoigne d'un travail considérable de recherches et de compilation.

Ce n'est pas dans le second chapitre intitulé : *Ce qu'est l'hystérie*, qu'il faut chercher « ce qu'est l'hystérie ». Ce long exposé des opinions des hommes les plus marquants de la médecine et de la philosophie est bien fait pour dérouter l'esprit le mieux intentionné et le plus disposé à croire. Névrose ou psychose, maladie une et indivisible ou maladie complexe, entité ou syndrôme, toutes les opinions ont été savamment défendues et ont eu leurs partisans.

L'auteur n'a pas tenté de donner une nouvelle définition de la maladie, mais à le bien comprendre, il semblerait que pour lui l'hystérie est surtout un manque d'équilibre dans le fonctionnement des facultés organiques, sens externes ou sens internes comme l'imagination, la mémoire sensible, l'appétit matériel qui sont aussi des manifestations de l'activité du composé humain.

Ce n'est pas là une définition, et l'auteur ne la donne pas pour telle : on décrit l'hystérie, on ne la définit pas.

Les causes d'une affection aussi complexe doivent être fatalement complexes et, après l'hérédité, dont l'influence est incontestable, on a accusé les diathèses arthritique, tuberculeuse.....

Dans l'exposé qu'il fait des agents provocateurs de l'hystérie, l'auteur contredit avec raison cette affirmation sans preuve et trop souvent répétée dans un but qu'il est facile de deviner, que la continence provoquerait l'éclosion de la névrose et cite ce fait digne d'attention que la moitié des prostituées de Saint-Lazare sont affectées d'hystérie.

On peut résumer les chapitres IV, V et VI en disant que tout trouble dans la fonction génitale, que toute lésion en un point quelconque de l'appareil génital peut provoquer l'explosion des manifestations hystériques. Le point le plus controversé est de savoir s'il est nécessaire que le sujet soit prédisposé ou si l'affection peut se developper chez une personne absolument saine et exempte de toute tare héréditaire ou autre.

Mais ce que je résume ici en deux lignes, l'auteur l'a étudié en de longues pages et l'a appuyé sur de nombreux documents cités pour la

plupart en entier, et, si la lecture de ces pages n'est pas toujours édifiante en ce qui concerne l'accord des médecins, elle n'en est pas moins instructive.

La plus belle moitié du livre du Dr Meurisse est consacrée au traitement et cela est bien d'un praticien qui sait que la médecine est au total « l'art de guérir ».

Toutes les principales méthodes thérapeutiques, toutes les médications, et Hippocrate sait si elles sont nombreuses et variées, sont passées en revue, exposées longuement quand elles le méritent.

Le chapitre VIII pourrait à lui seul constituer une thèse fort respectable par son importance et par l'intérêt du sujet.

La question de la *castration dans l'hystérie* a suscité bien des discussions, et, par la lecture du travail du docteur Meurisse, on peut se convaincre que l'opération dite de Battey n'est pas un remède assuré contre l'hystérie. L'auteur la repousse d'ailleurs formellement, sans se laisser ébranler par les cas où cependant elle aurait amené une guérison jugée complète par le médecin opérateur.

Le dernier chapitre est un très bref résumé du traitement non opératoire des troubles génitaux.

On n'écrit pas un traité de 500 pages, sur un sujet difficile, controversé entre tous, sans prêter le flanc à la critique.

Les quelques critiques que je me permettrai de formuler ne donneront que plus de relief à la sincérité des louanges.

Le premier défaut que je relèverai n'est que l'exagération d'une qualité : c'est l'abondance des citations intégrales des auteurs. Ce long défilé d'opinions superposables ou contradictoires produit à la longue une fatigue intellectuelle et, par le scepticisme, auquel elle porte, elle affaiblit la conclusion que tire l'auteur lui-même. Le lecteur ne peut manquer de se dire : Si tant de savants, et des plus illustres, se sont trompés, qui donc nous donnera la vérité ?

Et ce sentiment naît à côté de celui que l'on éprouve pour tant de sincérité et de soins méticuleux dans les citations.

Le second et bien mince reproche que je ferai aura trait à l'uniformité de la disposition typographique qui, dans certains chapitres, ne donne aucun repos à l'œil et par suite à l'esprit : j'en donnerai comme exemple le chapitre VIII qui, dans ses 80 pages, énumère du même « œil » les opinions successives des médecins et les appréciations de l'auteur lui-même, sans un repos, sans un sous-titre, dans ce flot toujours montant de citations.

Quant aux discussions que peuvent soulever les jugements de notre confrère, on conçoit que ce n'est pas ici le lieu de les aborder.

Elles ne manqueraient certes pas d'intérêt et surtout d'intérêt pratique. Il y a là des questions de conduite thérapeutique sur laquelle il est permis de se séparer nettement de l'auteur.

Mais, encore une fois, ce n'est pas le moment, et je veux plutôt terminer cette analyse en redisant le sentiment d'admiration que j'éprouve et qu'éprouveront tous les lecteurs, pour la somme de travail dépensé dans cette thèse, qui restera parce qu'elle se détache vivement de la foule banale des ouvrages de même genre.

Dr Delassus.

CORPS ÉTRANGERS DE L'UTÉRUS.

Les corps étrangers de l'utérus, probablement en raison de leur rareté relative, n'ont guère fait jusqu'ici que le sujet d'observations isolées. M. le Dr Caraës vient de faire à ce propos une étude d'ensemble fort intéressante, et presque au même moment, M. Albertin (de Lyon) a publié, dans la *Province Médicale*, une monographie sur le même sujet.

La statistique suivante, présentée par M. Caraës, est assez curieuse. Le plus souvent, le corps étranger qui a pénétré dans l'utérus y a été introduit par une main souvent exercée et dans un but bien défini. Ce but, dans la majorité des cas, 19 fois sur les 32 observations relevées dans ce travail, a été de provoquer l'avortement. L'opérateur s'est servi :

9 fois d'épingles à cheveux.
2 fois de broches de bois.
3 fois de sondes.
3 fois d'aiguilles à tricoter.
1 fois d'une aiguille à séton.
1 fois d'une baguette de verre.

On est frappé de voir les épingles à cheveux figurer pour la moitié dans cette énumération. Dans la plupart de ces cas, c'est la femme qui elle-même s'est livrée à des manœuvres coupables, et, dépourvue d'instruments appropriés au but qu'elle veut atteindre, elle s'est servie de ce banal objet de toilette qui se trouve dans toutes les mains. Ce choix a été parfois conseillé par une personne plus experte qui fait imprimer à l'épingle une forme qu'elle croit plus favorable à la manœuvre.

Après les tentatives d'avortement, l'introduction de pessaires dans

le vagin est la source la plus fréquente de corps étrangers de l'utérus. C'est là encore un accident assez rare, puisque dans une statistique très complète et portant sur 207 cas de pessaires retenus dans les voies génitales, Neugebauer n'en signale que six où le pessaire ait été emprisonné dans l'utérus. M. Caraës y ajoute quatre autres observations.

C'est, pour ainsi dire toujours, pour remédier à un prolapsus que le pessaire a été appliqué. L'utérus, privé de ses moyens de soutien ordinaires devenus trop faibles, appuie fortement sur le pessaire et peu à peu se laisse pénétrer par lui.

Cette pénétration s'explique surtout lorsque le pessaire est appliqué après de nombreux accouchements.

La symptomatologie est naturellement extrêmement variable suivant les cas, car la tolérance de l'utérus est très individuelle. Certains corps étrangers, surtout les pessaires, ont été supportés très longtemps.

Dans les observations relevées par M. Caraës, l'issue fatale n'est survenue qu'une fois. Si l'on intervient peu après l'introduction du corps étranger, les accidents ne tardent pas à s'amender. Ce sont les complications qui aggravent singulièrement le pronostic, qu'il s'agisse de pelvi-péritonite, de phlegmon juxta-utérin ou de fistules rectales.

Les manœuvres d'extraction sont parfois difficiles : on a dû inciser le col utérin et même faire une laparotomie.

En général, il faudra faire des réserves sur la bénignité de l'accident toutes les fois, et ces cas sont fréquents, qu'après un avortement, un instrument de propreté plus que douteuse, sera resté dans la cavité utérine.

Comme curiosité on peut citer le cas de Fruitnight dans lequel une épingle à cheveux recourbée en crochet introduite dans un utérus gravide de deux mois et demi fut extraite par le médecin avec de grandes difficultés, après une grande hémorrhagie. La grossesse n'en continua pas moins son cours.

On a cité également (Brignatelli), comme corps étranger, un os de poulet, incrusté de sels calcaires. Comment cet os se trouvait-il là, c'est ce que l'observation ne dit pas.

— M. Albertin a étudié, de son côté, la même question et a ajouté aux faits connus, deux observations très intéressantes, dont l'une surtout est très remarquable au point de vue de la tolérance de l'utérus. Dans ce cas, une tige de laminaire fut conservée dans l'utérus pendant dix mois et demi. M. Albertin avait introduit cette tige parfaitement

asepsiée pour traiter une métrite hémorrhagique. Le lendemain, le fil ayant cassé, la tige ne put être retirée, malgré diverses tentatives qui ne furent pas prolongées, étant donnée la parfaite asepsie du corps étranger. La malade fut surveillée, et son état s'améliora beaucoup les jours suivants.

En présence de cet état, en l'absence de tout symptôme d'intolérance, on se rallia à cette idée que la tige de laminaire avait été expulsée spontanément à l'insu de la malade qui, d'ailleurs, n'éprouvant elle-même aucun symptôme, se refusait à tout examen.

Dix mois et demi après avoir subi la première opération, la malade apporta la tige de laminaire qu'elle avait expulsée spontanément la veille, avec quelques coliques utérines, au moment de l'apparition d'une période menstruelle. Cette tige était très augmentée de volume, relativement à celui qu'elle avait lorsqu'elle avait été mise en place sortant de l'éther iodoformé. Elle était humide, présentait une odeur fade, sans fétidité ; elle mesurait six centimètres de longueur et avait le volume du petit doigt.

Cette tige de laminaire est donc restée dix mois et demi dans la cavité utérine sans aucun symptôme d'intolérance.

Dans un autre cas, un électrode de charbon, d'une longueur de cinq centimètres environ, resta dans la cavité utérine après une séance d'électrisation faite par M. Pollosson ; il séjourna sans inconvénient dans l'utérus pendant huit jours et fut expulsé spontanément.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

NOTE SUR UN PARASITE DE LA GRANDE LÈVRE,

Par M. Thévenin,
Interne des hôpitaux.

Voici brièvement noté un cas de parasitisme qui n'a d'autre intérêt que de n'être pas d'observation courante dans la clientèle urbaine et les services hospitaliers, mais qui se présenterait assez souvent à la campagne où l'homme se trouve en contact journalier avec les animaux.

Il s'agit d'une jeune femme se présentant à la Clinique de dermato-syphiligraphie et se disant atteinte d'une affection vénérienne occasionnant un prurit intense et des élancements douloureux au niveau des organes génitaux externes.

Placée sur son lit d'examen, l'inspection montra, sur la grande

lèvre droite, un peu au-dessus de la fourchette, une tumeur grisâtre, étroitement pédiculée, mesurant environ un centimètre, qui, examinée de plus près, est trouvée munie de quatre paires de pattes et n'être autre chose qu'un ixode femelle gorgé de sang.

Ce parasite, vulgairement dénommé tique, put être extrait avec son rostre à l'aide de pinces.

Il est préférable, d'après Méguin (C. F. les Acariens Parasites), de toucher le corps de l'ixode avec une goutte de benzine ou de térébenthine ; le parasite se détache spontanément en retirant son rostre.

On évite ainsi la douleur assez vive que provoque l'arrachement qui se fait très rarement sans que le rostre ne demeure fixé dans la peau et n'occasionne, par sa présence, un travail d'élimination, du reste, sans autre gravité.

Il restait, quatre jours après l'avulsion, une petite zone enflammée autour du point d'implantation, et due à la sécrétion d'une salive venimeuse par l'ixode.

En ce qui concerne la détermination exacte du parasite, il a paru identique à celui observé si souvent aux oreilles des chiens de chasse, et bien que l'examen du rostre n'ait pas été fait à un grossissement convenable, il appartenait très probablement à un individu de l'espèce Ixodes Ricinus.

HÉMORRAGIE DU VAGIN PROVOQUÉE PAR DES SANGSUES ACCIDENTELLEMENT INTRODUITS DANS CET ORGANE.

Dans les traités spéciaux, parmi les causes qui peuvent produire une hémorragie des voies génitales de la femme, on ne cite guère la piqûre de sangsues. Ce cas s'est néanmoins présenté près de Kiev. Une femme, après s'être baignée dans un lac peu profond, s'aperçoit, à son retour à la maison, qu'elle perd du sang par les voies génitales. Elle ne se résoud à appeler le médecin qu'au bout de quelques heures. Arrivant en toute hâte, M. Borochpolsky trouve la malade baignant dans une mare de sang et présentant tous les symptômes des hémorragies graves. Voulant pratiquer le tamponnement du vagin, quel fut son étonnement d'y trouver en le lavant, deux énormes sangsues. Celles-ci enlevées et le vagin, qui présentait plusieurs plaies, tamponné, l'hémorragie s'arrêta. En se baignant la femme s'était assise

sur le fond du lac ; il est probable que c'est à ce moment que les sangsues s'introduisirent dans son vagin. (*Vratch*, n° 31, 1895.)

VARIÉTÉS

Du **massage chez les primitifs.** — Le massage, qui était abandonné autrefois chez nous aux charlatans, et que nos médecins pratiquent depuis si peu d'années, est en usage chez un grand nombre de peuples, même chez les plus sauvages. Tout d'abord, il est en honneur dans tout l'Orient, dans les pays musulmans, les Indes, les pays jaunes et la Malaisie. Les japonais le nomment ambak, les Malais pitjak. Par le massage, on fait disparaître la fatigue, et on diminue les douleurs. Thomsen, en Malaisie, note qu'on emploie le pétrissage, les frictions, l'effleurage et les pressions avec le plus grand succès.

Aux Indes, les masseurs se tiennent sur les places publiques et exercent leur industrie en plein vent. Il est intéressant de les voir masser le client assis sur une natte dans un carrefour.

Le massage est également employé dans un but différent. Il sert, en Malaisie, à redresser la mauvaise position de l'enfant dans le ventre de la mère.

Indépendamment de l'action médicale directe, les sauvages emploient beaucoup le massage comme moyen de suggestion. Ils prétendent faire ainsi partir le mauvais esprit, cause de la maladie ; c'est une pratique d'exorcisme pour laquelle on emploie non seulement les mains, mais les genoux et les pieds. Tels les Annamites, les Australiens et Indiens d'Amérique. Un dessin de G. Catlin (rappelé par Max Bartels) représente un médecin indien de la tribu des Pieds-Noirs massant avec le pied un malade étendu sur le sol. Chez les Australiens de la province de Victoria, le médecin place le pied sur l'oreille du patient et appuie jusqu'à ce que les larmes viennent.

Cette croyance est très générale. Quand un siamois est malade, il appelle un mo-phi ou médecin qui le masse jusqu'à ce que le démon soit expulsé ; les Cambodgiens sont parmi les médecins les plus réputés.

Aux îles Alaska, le sorcier serre avec un lien la tête de la jeune fille atteinte de coryza et d'angine, et l'incline et la relève alternativement pour expulser le démon.

Le médecin à Bornéo, masse son client durant de longues heures, jusqu'à ce que le mal se décide à partir. Quelle suggestion pour l'opéré !

—

Le danger de fiançailles trop prolongées. — D'après le Dr Savage, il existerait une relation assez fréquente entre l'explosion de troubles mentaux bien marqués et la durée des fiançailles :

« La majeure partie des gens avant leur mariage, dit M. Savage, passent par des formes légères de trouble moral. Cela est facile à comprendre si l'on veut considérer la réserve imposée aux fiancés et l'excitation continuelle provenant de la familiarité qui s'établit entre eux. »

Ces troubles d'esprit seraient d'ailleurs facilement curables d'après l'auteur.

Le meilleur remède est sans doute de hâter la nuit de noces.

—

Bizarreries anglaises. — Une tradition bizarre veut qu'en Angleterre, après la cérémonie du mariage, les jeunes époux reçoivent, de leurs meilleurs amis, des poignées de riz en plein visage. Il est admis que cela porte bonheur.

Pas à tout le monde cependant. Depuis quelques années on ne compte plus le nombre de jeunes mariés, de garçons ou de demoiselles d'honneur éborgnés au sortir de l'église par des gens qui ne leur voulaient que du bien.

Depuis quelques jours, cette coutume est abolie dans la Cité, sir Joseph Renals, lord-maire encore pour cinq semaines, ayant ordonné à la police de dresser procès-verbal chaque fois qu'il en résulterait un accident. D'un commun accord, sur la proposition de certains papetiers, il a été convenu que les poignées de riz seraient désormais remplacées par des paquets de confetti.

BIBLIOGRAPHIE

—

I. — **Essai théorique et clinique sur le traitement galvanique des fibromyomes de l'utérus**, par le Dr Georges Lévy. Th. de Paris, 1895. Steinheil.

II. — **L'uréthrite glandulaire enkystée chez la femme. De l'origine des abcès péri-uréthraux**, par le Dr Verchère, chirurgien de Saint-Lazare. Paris, 1895. (Extrait de la *Presse médicale*.)

III. — **De l'action du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies**, par le Dr A. Huot. Paris, Jouve, 1895.

IV. — **Indications et contre-indications des eaux chlorurées sodiques, bromo-iodurées de Biarritz,** par le Dr Lostalot-Bachoué, 1895.

Vient de paraître à la Société d'éditions scientifiques 4, rue Antoine-Dubois et rue de l'École de Médecine, Paris.

Le paludisme, étude de quelques-unes de ses causes, sa prophylaxie et son traitement, par le Dr A.-F. Dubergé, médecin principal de la Marine en retraite, un volume in-8 de 464 pages.

L'auteur de ce travail a mis à profit sa longue pratique maritime et coloniale, ainsi qu'une foule de documents épars.

Le but principal de cet ouvrage, essentiellement pratique, est le traitement soit prophylactique, soit curatif du paludisme ; mais il était impossible de fixer la prophylaxie sans étudier les causes qu'elle doit combattre.

A ce point de vue, l'auteur étudie particulièrement le sol fébrigène, l'ingestion d'eau palustre, le marais nautique, le paludisme héréditaire et l'intoxication palustre par lactation.

Dans la prophylaxie, tous les moyens d'assainir le sol fébrigène sont passés en revue, et la prophylaxie thérapeutique dont l'étude est si importante par ce temps de voyages, d'explorations, d'expéditions coloniales et de grands travaux, est exposée avec un soin particulier.

Dans la deuxième partie : le traitement du paludisme, l'auteur combat l'emploi trop exclusif de la médication spécifique ; il insiste sur la nécessité d'une thérapeutique mixte et le traitement attentif de toutes les associations morbides.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à la fièvre intermittente simple, aux manifestations larvées du paludisme, aux fièvres continues ou rémittentes palustres, aux différentes variétés d'accès pernicieux, à l'anémie et à la cachexie paludéenne, aux interventions chirurgicales que peut nécessiter l'hypermégalie paludéenne et au traitement du paludisme dans ses rapports avec la chirurgie.

L'emploi du quinquina et de ses dérivés et la pratique des injections hypodermiques de quinine sont étudiés avec beaucoup de soin.

Les accidents dus à l'abus de la quinine ou à l'intolérance du malade, qu'on ne trouve guère décrits que dans des thèses et des articles de journaux, sont, dans cet ouvrage, l'objet d'une étude assez importante.

Ce livre, très correctement écrit, offre un intérêt réel et ne fait double emploi avec aucun autre ouvrage ; il nous paraît appelé à rendre de grands services à la vie pratique.

VI.— **Les ferments thérapeutiques**, par le Dr de Backer. En collaboration avec J. Bruhat et le Dr A. Charlier. Un fort volume in-8° de 600 pages environ avec 16 figures dans le texte. Prix : Broché **10** fr. Relié **12** fr.

Ce volume, de 600 pages, est le « Compendium » des doctrines nouvelles que M. le Dr de Backer a introduites dans le domaine thérapeutique moderne. Il montre comment l'auteur a été amené logiquement à se ser-

vir des « *ferments figurés* » pour substituer une fermentation saine et normale aux fermentations anormales et pathologiques qui constituent, d'après Pasteur, les maladies infectieuses.

C'est au laboratoire de la rue Gavarni, que MM. de Backer et Bruhat ont fait leurs expérimentations sur les animaux ; c'est à la clinique de la place Clichy, 6, que MM. de Backer et Charlier ont établi leurs observations cliniques. C'est là que l'on peut visiter les travaux qu'ils continuent avec persévérance et succès.

Le volume qui vient de paraître traite de la fermentation comme « acte vital », tel qu'il a été conçu et défini par Pasteur, Bourquelot, etc. On y voit logiquement se dérouler toute la série des notions aujourd'hui indispensables à tout médecin qui ne veut point rester en arrière sur le chemin bactériologique. Tout est exposé avec une lucidité et une simplicité qui rend la lecture de ce volume scientifique facile et agréable.

Les réactions des cellules organiques, les *alekines* qui sont les produits de ces réations, les « *antitoxines microbiennes* », sont l'objet d'une étude spéciale.

Le chapitre II est consacré à la fermentation alcoolique et aux influences qui la modifient.

Dans le chapitre III, la phagocytose des ferments figurés et des conidies de certains champignons est démontrée par de nombreuses expériences. Le parallèle établi entre les applications de ces doctrines à la vinification scientifique et au traitement des maladies des vins, ce parallèle est des plus intéressants. Il démontre que nous sommes ici en présence d'un principe général dont la thérapeutique peut tirer le plus grand profit.

Dans le chapitre IV, l'auteur montre les appareils qu'il a dû inventer pour arriver à une asepsie absolue des cellules qu'il emploie, il décrit les instruments qu'il emploie pour faire ses injections. Tout est nouveau, ingénieux, instructif.

Dans le chapitre V, le Dr de Backer pénètre plus avant dans la question des ferments ; il nous montre l'éducation que l'on peut faire de ces cellules, les habituant à vivre dans certains milieux, acquérant par l'accoutumance à certains poisons des propriétés spéciales, peut-être *spécifiques* : Les « toxodiastases » remplaceront-elles un jour avantageusement les sérums dont un seul (l'antidiphtérique) a donné les résultats attendus ?

La diffusion des cellules de levure dans l'économie et leur absolue innocuité quand elles sont pures : telles sont les démonstrations renfermées dans le chapitre VI. — Le chapitre suivant expose toutes les applications thérapeutiques des dits ferments.

Leur emploi dans la tuberculose est l'objet d'une étude dont la valeur n'échappera à personne, car elle présente un aperçu nouveau de la question tuberculeuse, cette maladie étant considérée, comme l'admettent la plupart des spécialistes, comme une fermentation pathologique amenée dans le moût humain par un bâtonnet comparable à celui qui produit les fermentations acétiques, lactiques ou butyriques dans les liquides alcooliques.

Les observations cliniques citées par les Drs de Backer et Charlier sont des plus intéressantes : presque toutes ont eu pour témoins d'estimables confrères dont l'autorité est indiscutée.

Nous croyons que ce volume du Dr de Backer, d'une originalité absolue, ne traitant que de choses tout à fait nouvelles, est destiné à un très

grand succès : nous ne saurions trop engager les médecins à le lire, pour s'édifier sur les questions bactériologiques pendantes et s'assurer de ce que peut la *méthode des ferments*, dont M. de Backer a fait un *levier thérapeutique*. A. V.

VII. — **De la thérapeutique intra-utérine en général. Des procédés d'hystérectomie abdominale totale pour gros fibromes,** par M. le Dr Ch. Fournel, ex-professeur libre à l'Ecole pratique de la Faculté de Paris, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. (Extraits du *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, février et avril 1895.)

VIII. — **Du fluorure de sodium comme antiseptique externe et interne Application du pouvoir antiseptique des essences végétales à la désinfection des chambres des malades pendant la maladie.** Notes présentées au Congrès scientifique d'Angers, le 13 juin 1895, par M. Thomas Grosseron.

IX. — **Utilité des études gréco-latines**, par le Dr Macé, d'Aix-les-Bains, 1895.

X. — **Paralysie pseudo-bulbaire centrale avec immixtion de phénomènes insolites chez un diabétique atteint de syphilis**, par le Dr L. Chabbert, de Toulouse, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre. (Extrait des *Annales de médecine*, nos 12 et 13.)

XI. — **Du rôle de la barbe dans l'étiologie de la paralysie faciale à frigore**, par le Dr L. Chabbert, de Toulouse, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre.

XII. — **Sur un cas d'ophtalmoplégie nucléaire transitoire consécutive à une migraine ophtalmique (ophtalmoplégie migraineuse)**, par le Dr L. Chabbert, de Toulouse, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre.

XIII. — **Action thérapeutique des badigeonnages de gaïacol,** par le Dr Desplats, professeur de clinique médicale à la Faculté catholique. (Publications du *Journal des Sciences médicales de Lille*.)

XIV. — **Contribution à l'étude de la polyarthrite déformante progressive (rhumatisme chronique progressif, pseudo-rhumatisme noueux), son traitement par les boues thermales,** par H. Thiroux.

XV. — **Schinznach-les-Bains, près Bâle, Argovie, Suisse**, par le Dr E. Monin, secrétaire général de la Société française d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, etc., etc.

XVI. — **Contribution à l'étude des troubles chroniques de la circulation veineuse des membres inférieurs, leur traitement par les boues thermales**, par H. Thiroux.

XVII. — **Du choix de la voie vaginale pour la castration dans les lésions annexielles doubles**, par le Dr G. Hardy.

XVIII. — **Traitement des neurasthéniques aux eaux de Bagnères-de-Bigorre,** par le Dr Gandy, membre correspondant de la Société d'Hydrologie médicale.

XIX. — **Traitement de l'eczéma aux eaux de Saint-Gervais**, par A. Wisard.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

124. — Quelques essais cliniques des irrigations cervicales (procédé de Kufferath) pour provoquer l'accouchement prématuré ou stimuler le travail paresseux à terme, par M. CHARLES. (*Journal d'accouchements.*) — L'irritabilité de la matrice est excessivement différente selon les femmes : parfois elle entre en action et se contracte rapidement et énergiquement à la suite des causes les plus futiles ; d'autres fois elle ne répond pas aux excitations internes, ni externes les plus énergiques. Ces différences s'observent aussi bien dans les premiers mois de la grossesse qu'à la fin de la gestation et à terme, pendant le travail et après la sortie du fœtus.

C'est ainsi que l'on voit des femmes avorter pour des riens, alors que certaines grossesses évoluent normalement en dépit des maladies locales ou générales les plus importantes, telles que cancer, polypes, fibromes du corps et du col, syphilis en pleine évolution, maladies infectieuses graves, ou malgré les violences les plus énormes ayant amené des fractures multiples, des commotions redoutables. Tous ces faits sont bien connus des praticiens.

Les accoucheurs qui ont eu quelquefois l'occasion de provoquer le travail, savent que tantôt on atteint le but avec une grande rapidité et à l'aide de moyens très simples (bains de siège, injections et irrigations vaginales, cautérisations du col, tamponnement du vagin, dilatation du canal cervical par des tiges de laminaire, des cônes d'éponge préparée, une lanière de gaze, etc.); tantôt, au contraire, on a beau pousser dans la matrice des corps étrangers de tout volume et de toute longueur (bougies, sondes, ballons hydrostatiques divers, eau simple ou antiseptique, glycérine, etc.), l'organe supporte tout presque sans réagir ; on ouvre le col, on obtient une dilatation très avancée, et cependant les parois ne se contractent pour ainsi dire pas ! même la rupture des membranes, considérée comme le moyen le plus certain de provoquer des contractions, est parfois bien lente dans son action ou même inefficace.

Et pendant le travail le plus naturel, à terme, malgré une présen-

tation favorable, une bonne conformation des parties dures et molles, ne voit-on pas dans certains cas une matrice inerte, paresseuse au point de faire perdre patience à un saint ! Dans un service hospitalier, ce n'est rien ; mais dans la clientèle civile, c'est excessivement désagréable et l'on a beaucoup de peine à ne pas intervenir plus activement que de raison.

Aussi avons-nous accueilli avec une vive satisfaction le moyen communiqué au Congrès de Bordeaux par notre habile confrère de Bruxelles, M. Kufferath, et nous l'avons expérimenté sans retard : les occasions ne manquent pas dans notre service, puisqu'elles se sont présentées cinq fois dans le courant du mois dernier.

Le procédé de M. Kufferath a déjà été signalé dans ce journal (n° du 25 août, page 301) ; il consiste, en résumé, à injecter une couple de litres d'eau dans le segment inférieur de l'utérus pour décoller les membranes en bas, au pourtour de l'orifice interne et jusqu'à certaine distance (non encore déterminée).

C'est simple, à la portée de tous les praticiens et sans aucun danger, semble-t-il jusqu'à présent, pourvu que l'on s'entoure des précautions nécessaires pour éviter l'infection et l'entrée de l'air dans la cavité utérine.

M. Kufferath se sert de l'appareil d'Esmarch, que tout le monde emploie maintenant avec raison pour les injections vaginales et utérines ; la canule est un simple tube en verre de 1/2 à 3/4 centim. de diamètre, largement ouvert à son extrémité ; cette canule est en forme d'S, ce dont nous ne voyons pas, pour notre part, la nécessité, la canule droite pouvant très bien atteindre le but.

Voici, pour le surplus, la *description exacte du procédé*, telle que l'a donnée M. Kufferath dans sa communication au Congrès de Bordeaux :

Je commence par stériliser l'appareil, par désinfecter d'une façon complète mes mains, la région de la vulve, la face interne des cuisses et la région anale. Je ne fais l'antisepsie du vagin que lorsqu'il y a une infection gonorrhéique récente, mais alors je la fais très minutieuse.

Je fais donner à la parturiente quelques douches vaginales tièdes pendant une journée, douches qui doivent être données avec de l'eau stérilisée et avec toutes les précautions voulues. Je les fais donner par des élèves en médecine bien stylés ou je les pratique moi-même. Le lendemain, je provoque l'accouchement à l'aide des injections intra-

utérines dont voici le mode opératoire : un ou deux doigts de la main gauche, remontant dans le vagin, j'accroche le col avec l'extrémité d'un des doigts placé dans l'orifice externe, et j'attire le col en avant vers le pubis. Le col étant ainsi ramené vers le centre du bassin, j'introduis la canule de la main droite. L'instrument suit la direction des doigts placés dans le vagin et j'arrive ainsi à l'orifice du col. L'introduction dans ce dernier est facile si l'on a eu soin de ramener celui-ci vers le pubis et si l'on reporte l'extrémité inférieure de la canule vers le périnée. La parturiente doit être placée dans la position obstétricale, sur le bord d'une table ou d'un lit. L'orifice externe franchi, je pousse la canule à travers le canal cervical jusqu'à l'orifice interne. La canule ne doit guère dépasser celui-ci. Il suffit donc de l'enfoncer de 3 à 5 centimètres à travers l'orifice externe, suivant la longueur du col ; l'extrémité libre de la canule vient aussi faire saillie dans le segment inférieur de l'utérus ; elle est directement en rapport avec les membranes. Il est inutile et même nuisible de pousser l'instrument plus loin.

La canule ainsi placée, je commence l'irrigation. Pour éviter la pénétration d'air avec le liquide dans le segment inférieur, il peut être utile de faire couler le liquide pendant toute la durée du placement de la canule.

Le liquide pénètre facilement dans le segment inférieur. Il se répand entre les parois et les membranes, provoquant ainsi un décollement qui s'étend à une partie du segment inférieur. Dès que la pression augmente, le liquide s'échappe à l'extérieur ; par cette irrigation, la partie qui se présente n'a aucune tendance à être refoulée, le liquide éprouvant moins de résistance à se répandre entre les membranes et l'œuf, qu'à soulever ou déplacer l'enfant. Le plus souvent une partie du liquide injecté ne s'écoule pas complètement à l'extérieur, il n'en ressort qu'au moment où on en retire la canule.

Comme liquide d'injection, je me sers d'eau stérilisée additionnée d'acide borique. Il n'est pas nécessaire d'ajouter au liquide aucune substance irritante pour la muqueuse de l'utérus. La température du liquide doit être tiède, 35 degrés. Dans des cas spéciaux, elle pourrait être plus élevée ou plus basse. La quantité que je fais passer ainsi varie ; si le reflux se fait facilement, il n'y a aucun inconvénient à laisser écouler un ou deux litres ; si le reflux ne se fait pas, il faut retirer la canule afin de laisser s'écouler le liquide en excès. Inutile de dire que la pression sous laquelle l'irrigation est faite doit être faible.

Il suffit d'élever l'appareil de 50 centimètres au-dessus du plan sur lequel se trouve la parturiente. Faite ainsi, l'irrigation ne présente aucun danger, et, en effet, je n'ai constaté aucun accident, aucune application due à la surdistension du segment inférieur.

Je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé: les femmes supportent bien ces irrigations, elles n'éprouvent le plus souvent aucun symptôme particulier, parfois quelques coliques qui disparaissent dès que la canule est retirée et que le liquide s'écoule à l'extérieur.

Je ne puis que vanter l'efficacité de cette méthode. Au bout de 2 heures, les contractions apparaissent, le travail s'établit et arrive à une terminaison rapide. Le plus souvent les douleurs apparaissent 5 à 6 heures après l'injection. Lorsque les douleurs sont paresseuses, que le travail rétrocède, je répète les injections trois ou quatre fois pendant les 24 heures.

Ce procédé de M. Kufferath diffère sensiblement des autres manières d'employer l'eau et de décoller les membranes préconisées jusqu'à ce jour. Il se rapproche le plus du procédé de Cohen (Voir notre *Cours d'Accouchements*, 2e édition, t. II, p. 465), qui consiste à introduire une canule à la profondeur de 5 centim. entre l'utérus et l'œuf, puis à y injecter avec une petite seringue 60 à 80 gr. d'eau de goudron ; « ainsi un segment des membranes est décollé, la matrice est irritée, des contractions ne tardent pas à se faire sentir ».

Quelques-uns introduisent une sonde en caoutchouc ou autre à 10 ou 12 centim. entre l'œuf et l'utérus et y injectent 100 à 150 gr. d'eau tiède stérilisée ou de glycérine, « pour décoller une partie des membranes et exciter la face interne de la matrice ».

Ces injections amènent souvent des douleurs, des malaises, des frissons, de l'anxiété, de l'angoisse, des syncopes ; mais ces divers troubles sont d'habitude passagers.

On peut aisément décoller le segment inférieur de l'œuf à l'aide d'un ou deux doigts introduits dans le col, dès que celui-ci est suffisamment perméable. Mais nous avons constaté maintes fois que cela produit peu d'effets.

Les douches de *Kiwisch* ou irrigations vaginales sont utiles pour préparer les parties, aider au ramollissement du vagin et du col ; elles stimulent les contractions utérines, mais pas toujours, et d'autres moyens doivent être ajoutés.

De plus, les irrigations vaginales ont produit des accidents graves

et même mortels ; elles exigent donc beaucoup de prudence et de précautions.

On pourrait craindre que les injections de M. Kufferath présentent des dangers analogues, et c'est ce que M. Tarnier a fait remarquer au Congrès de Bordeaux.

Jusqu'à présent ces appréhensions ne semblent pas justifiées. Cependant il est bon de se rappeler les faits malheureux rapportés par Depaul, Blot, Simpson, Van Leynseele, à la suite des simples irrigations vaginales de Kiwisch, afin de n'omettre aucune des recommandations détaillées par M. Kufferath.



125. — Traitement des métrites par la solution de chlorure de zinc au 1/10e. — M. le Dr Ernest Fort expose la méthode de traitement préconisée par M. Périer, méthode qu'il a vu employer dans le service de M. Nélaton où il a pu, à ce sujet, recueillir de nombreuses observations confirmatives de ses bons effets.

Cette méthode, imitée de celle de Sanger, peut être employée à peu près dans tous les cas de métrite, sauf dans les suivants :

1° Il existe des fongosités cancéreuses ou des débris de membranes placentaires qui jouent le rôle de corps étrangers de l'utérus. Le curettage, évidemment, est ici tout indiqué.

2° Il existe, avec la métrite, une lésion aiguë des annexes. Suivant les cas, on devra pratiquer ou l'hystérectomie ou la laparotomie, ou bien, si par un traitement médical on obtient la sédation des lésions inflammatoires, on essaiera ensuite la cautérisation au chlorure de zinc.

3° On se trouve en présence d'une métrite hémorrhagique intense. L'avis de notre maître M. Nélaton est, qu'ici, il faut pratiquer le curettage.

Mais s'il s'agit de métrorrhagies peu abondantes, ou de métrite catarrhale, ou de métrite post-puerpérale sans rétention de débris placentaires, ou enfin de métrite accompagnée de salpingite non volumineuse ni aiguë, le traitement par le chlorure de zinc devient le traitement de choix.

Voici maintenant, avec quelques détails, son mode d'application.

La première chose à faire est d'installer à proximité du lit de la malade un irrigateur rempli d'une solution antiseptique — liqueur

de Van Swieten au 1/4 par exemple — dont on aura à se servir avant et après chaque opération.

La malade est étendue en travers du lit, la tête reposant sur un oreiller, et le siège tout à fait sur le bord du lit. L'opérateur assis sur une chaise, en face, laisse reposer sur chacun de ses genoux un pied de la malade, ayant à sa portée d'une part la canule de l'irrigateur, d'autre part un spéculum et une pince à col. Comme l'opération ou le pansement se font dans un temps très court, on peut voir que la présence d'aucun aide n'est indispensable.

Pour la première opération, la dilatation, on place la malade et l'opérateur lui-même se place dans la position indiquée.

On savonne la vulve.

On lave soigneusement le vagin avec la solution de sublimé.

On place son spéculum.

On met, si on l'a, la pince à col sur la lèvre antérieure, et on la maintient avec le pouce et l'index gauche — le petit doigt de la même main appuie sur le spéculum pour le laisser en bonne position.

On mesure la profondeur de l'utérus.

On prend une laminaire suffisamment petite pour pouvoir être introduite sans frottement dans le canal cervical — on l'enduit de vaseline et l'on a soin de la pousser jusqu'au fond de l'utérus. C'est en effet l'utérus en entier qu'il faut dilater.

On place un tampon de gaze iodoformée au fond du vagin pour maintenir la laminaire en place.

On retire le spéculum.

On fait la toilette de la vulve.

Voilà pour cette première opération, qu'on recommencera deux, trois, quatre fois de suite à 24 heures d'intervalle, jusqu'à ce que l'on ait une dilatation suffisante pour pouvoir porter dans la cavité utérine un petit tampon d'ouate imbibé du liquide caustique.

A l'hôpital, où les malades gardent le lit et où l'on a toute la série de laminaires, deux ou trois jours suffisent en général pour obtenir cette dilatation. Mais dans la pratique privée, on sera souvent obligé, surtout si les malades continuent à vaquer à leurs occupations, de dilater plus lentement pour provoquer moins de douleur et d'y consacrer cinq ou six séances.

Pour la deuxième opération, c'est-à-dire la cautérisation, on emploie le porte-coton spécial de Collin ou un long stylet quelconque, une sonde en gomme rigide, une branche de pince à ligament large,

à la rigueur une tige de bois unie et flexible peuvent le remplacer.

Quel que soit donc l'instrument dont on dispose, on enroule solidement, à son extrémité, un peu d'ouate hydrophile et le plonge dans le flacon de chlorure de zinc, tout prêt à être employé, puis :

On place la malade en position.

On lave soigneusement le vagin.

On retire le tampon et la laminaire.

On place le spéculum et la pince du col comme précédemment.

On prend le tampon imbibé de chlorure de zinc que l'on a préparé.

On le porte directement au fond de l'utérus et on l'y maintient exactement cinq minutes.

On le retire.

On le remplace par une mèche de gaze iodoformée de naphtol camphré que l'on a aussi préparée d'avance. Cette mèche, que l'on place avec une pince à pansement, doit tamponner modérément l'utérus et ressortir dans le vagin. Une longueur de 20 centimètres est suffisante.

On met un tampon au fond du vagin, pour maintenir la mèche qui assurera le drainage.

On fait la toilette du vagin et de la vulve.

Quant aux pansements consécutifs, c'est 48 heures environ après la cautérisation que l'on doit faire le premier.

On met la malade en position.

On retire le tampon et la mèche.

On irrigue soigneusement les culs-de-sacs et le vagin. Il s'écoule un liquide brunâtre produit par le mélange du naphtol camphré et des sécrétions de l'utérus : On ne cesse de laver que lorsque le liquide qui s'écoule est devenu clair.

Alors deux cas peuvent se présenter :

A) On n'avait affaire qu'à de la métrite.

B) La métrite était accompagnée de salpingite.

Dans le 1er cas on se contente de replacer au fond du vagin un tampon antiseptique et de terminer par la toilette vaginale.

Dans le 2e cas, il sera bon de mettre une nouvelle mèche de gaze de naphtol camphré au fond de l'utérus, pour prolonger d'une façon plus efficace le drainage de l'utérus et des trompes. On terminera ensuite comme dans le 1er cas.

Dans la suite deux cas formels se présentent :

1° Il n'y a que de la métrite : on renouvellera le pansement tous

les deux jours jusqu'à l'approche des règles ; à ce moment, on cessera tout. Dans l'immense majorité des cas le symptôme douleur aura disparu 48 heures après la cautérisation, et le symptôme écoulement 15 jours après, ou plutôt immédiatement après la 1re menstruation.

2° Il y a de la salpingite :

Dans ce cas, il est bon, tous les deux jours, de s'assurer, par le toucher combiné au palper, des progrès ou de la diminution de la tumeur. On cessera le drainage dès l'approche des règles dans tous les cas ; mais on le cessera avant si l'on a senti la trompe revenue à son volume à peu près normal. On se contentera alors de continuer les pansements comme dans la 1re catégorie.

Ainsi appliqué, ce traitement n'exige pas d'aides, n'est pas douloureux, n'exige pas un repos prolongé au lit, n'entraîne ni stérilité, ni atrésie, est rapide, car les guérisons ont été obtenues dans une moyenne de trois semaines ; il est à la portée de tous les praticiens. Sanger avait déjà bien démontré l'efficacité de ces applications intra-utérines de chlorure de zinc liquide.



126. — Du traitement des divers genres de dysménorrhée. — La thérapeutique de la dysménorrhée constitue un point important et en même temps délicat de la pratique médicale, attendu qu'elle varie en raison des causes assez multiples qui peuvent produire les troubles dysménorrhéiques. Parmi ces causes, les plus importantes sont, d'après un gynécologue berlinois, M. le docteur J. Düvelius, les déviations utérines, l'endométrite et les affections des trompes et des ovaires.

Le traitement de la dysménorrhée due à une déviation utérine diffère également suivant qu'il s'agit d'une rétroflexion ou d'une antéflexion de l'utérus.

Dans le premier cas, il suffit généralement de redresser l'organe au moyen d'un pessaire pour faire cesser ou pour atténuer les douleurs menstruelles : le sang extravasé dans la cavité de l'utérus peut, dès que celui-ci est redressé, se déverser librement dans le vagin ; dès lors la congestion des parois utérines se dissipe, le volume de la matrice diminue et la sensation de pesanteur dans le ventre, ainsi que les coliques utérines, ne tardent pas à disparaître.

Les troubles dysménorrhéiques liés à une antéflexion de l'utérus résistent davantage au traitement ; cependant, M. Düvelius a réussi

souvent à les enrayer en pratiquant des sondages de la matrice durant les périodes intermenstruelles et en ayant fréquemment recours à une manœuvre qui consiste à refouler en arrière le corps de l'utérus avec une main qui presse au-dessus de la symphyse pubienne, pendant que l'index de l'autre main, introduit dans le vagin, appuie d'arrière en avant au niveau du point d'union du corps et du col de l'utérus.

Parmi les affections de la muqueuse utérine qui provoquent des troubles dysménorrhéiques, celle qu'on rencontre le plus fréquemment est l'endométrite interstitielle, caractérisée cliniquement par une sécrétion relativement peu abondante, ainsi que par l'extrême sensibilité de l'utérus à l'égard de la sonde. Les douleurs menstruelles dues à cette variété d'endométrite sont parfois si violentes qu'il est nécessaire de les calmer par les narcotiques. Comme moyens curatifs, on s'adressera aux cautérisations intra-utérines avec des préparations iodées et astringentes et, dans les cas rebelles, au curettage de la muqueuse utérine.

La dysménorrhée d'origine tubaire se distingue également par sa violence et exige souvent l'emploi des injections hypodermiques de morphine. Quant au traitement proprement dit, il doit viser le relâchement et la résorption des adhérences péritonitiques. Dans ce but on prescrira des injections vaginales chaudes et des suppositoires qu'on formulera comme suit :

Ichtyol...........................	0 gr. 25 centigr.
Beurre de cacao..................	2 grammes.

Mêlez. Pour un suppositoire. Faites vingt suppositoires semblables. — Introduire un suppositoire chaque soir au moment du coucher.

A ces divers moyens on ajoutera le massage de la trompe lésée, mais seulement si l'on est sûr qu'il n'existe pas de collections purulentes, sanguines ou séreuses, et que la salpingite n'est pas d'origine blennorrhagique. Lorsqu'on se trouve en présence de ces complications, il faut s'abstenir du massage et il ne reste plus alors qu'à pratiquer l'ablation des trompes et des ovaires.

Les dysménorrhées d'origine ovarienne sont très fréquentes ; elles peuvent être dues à une oophorite, c'est-à-dire à une véritable lésion inflammatoire de l'ovaire avec ou sans retentissement péritonéal, soit à une simple névralgie ovarienne, survenant sous l'influence de la congestion cataméniale. Le traitement palliatif exige dans les deux cas l'emploi des narcotiques, ainsi que l'application, sur la région

ovarienne, de glace ou de compresses mouillées recouvertes d'un tissu imperméable pour combattre les douleurs toujours très vives au cours de la période menstruelle. Le traitement curatif de la dysménorrhée liée à l'oophorite comprend l'usage des bains de siège, de l'électricité, du massage, des injections iodées chaudes et des suppositoires à l'ichtyol. De tous ces moyens, c'est encore le massage pratiqué avec douceur, pendant les périodes intermenstruelles, qui a le mieux réussi à M. Düvelius, surtout dans les cas où l'ovaire avait contracté des adhérences. En effet, notre confrère est parvenu chez nombre de malades, grâce au massage, à libérer l'ovaire des adhérences qui l'immobilisaient et le comprimaient et à obtenir ainsi soit une disparition complète, soit une atténuation notable des douleurs. Dans les cas d'oophorite non compliquée, les effets du massage ont été moins favorables.

Pour ce qui concerne les ovarialgies menstruelles non inflammatoires, on sait que leur traitement est des plus difficiles et que même la castration ne débarrasse pas toujours les malades de leurs douleurs, qu'elle ne fait parfois que déplacer. La grossesse paraissant, d'après les observations de M. Düvelius, exercer une influence favorable sur ces ovarialgies en mettant temporairement au repos l'organe malade, notre confrère conseille ne ne pas s'opposer au mariage des jeunes filles atteintes d'ovarialgie menstruelle, pourvu que cette dernière ne soit pas compliquée par l'existence de troubles hystériques graves.

Tels sont les divers genres de dysménorrhée qui peuvent être rattachés à des lésions de l'utérus et de ses annexes. Mais, en dehors des troubles dysménorrhéiques de cause locale, il y a lieu d'admettre encore l'existence d'une variété particulière de dysménorrhée due à des altérations morbides de l'état général et que l'on rencontre fréquemment chez les jeunes filles anémiques ou chlorotiques.

Dans cette forme de dysménorrhée, on obtient souvent de bons résultats par l'emploi de l'antipyrine, de la phénacétine et surtout du viburnum prunifolium. M. le docteur G. Schwarze (de Berlin) a vu survenir dans dix cas la guérison complète de cette dysménorrhée, grâce à l'usage de l'extrait fluide de viburnum, administré pendant les cinq ou six jours qui précèdent les règles. Les exercices physiques sont aussi un excellent moyen de traitement des troubles dysménorrhéiques dont il s'agit ; en effet, M. Schwarze a souvent constaté qu'il suffisait aux malades de monter à cheval ou de se livrer à l'exercice de la danse quelques jours avant l'époque présumée des règl

pour que la menstruation s'effectuât sans douleur. On recommandera donc à ce genre de malades tous les exercices qui exigent une dépense considérable de force musculaire, tels que l'équitation, la danse, les longues promenades à pied, surtout dans les montagnes, et la gymnastique en général.

(*Semaine médicale.*)

***

127. — Des applications d'acide phénique concentré dans le traitement des chancres mous chez la femme. — D'après l'expérience clinique de M. le docteur O. von Herff, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à la faculté de médecine de Halle, un excellent procédé de traitement des chancres mous chez la femme, consiste dans la cautérisation des plaies au moyen de l'acide phénique pur liquéfié.

On procède de la façon suivante :

Après avoir lavé les parties avec une solution antiseptique (sublimé), on examine une à une toutes les ulcérations chancrelleuses dont le nombre est souvent considérable, puisqu'on a pu en compter jusqu'à trente et même quarante dans certains cas, — on les absterge avec de petits tampons de coton hydrophile, puis on les badigeonne légèrement avec l'acide phénique. On se sert pour ces attouchements d'un petit bâtonnet de bois dont le bout légèrement rugueux est plongé dans le liquide caustique. De cette façon, on peut localiser très exactement l'action de l'acide phénique, ce qui est très important, vu le nombre considérable de plaies, que l'on doit cautériser. Les ulcérations se recouvrent immédiatement d'une eschare blanchâtre superficielle ; on les essuie avec du coton pour enlever l'excès du caustique. La cautérisation avec l'acide phénique ne provoque qu'une douleur modérée et de courte durée, et ce n'est que dans les cas de plaies chancrelleuses très étendues ou bien siégeant dans le voisinage du clitoris ou de l'orifice de l'urèthre qu'on est obligé d'insensibiliser préalablement les parties au moyen de la cocaïne.

Le traitement consécutif comprend de simples soins de propreté consistant en bains de siège, injections ou application de compresses humides pour lesquelles on se sert d'une solution de permanganate de potasse ou de lysol, ou bien, — dans la clientèle pauvre — d'une simple infusion de camomille. La malade est revue au bout de quatre ou cinq jours. A ce moment presque toutes les plaies sont déjà en voie

de cicatrisation. Celles qui n'ont pas été suffisamment modifiées par le caustique ou qui n'avaient pas été remarquées sont touchées avec l'acide phénique concentré. Cette seconde cautérisation suffit généralement pour amener la guérison, à moins qu'on n'ait affaire à des lésions syphilitiques méconnues : dans ce dernier cas, l'insuccès des applications phéniquées permet d'établir le véritable diagnostic.

En général, le traitement des chancres mous chez la femme par la cautérisation avec l'acide phénique concentré est d'une application facile et commode, d'un effet sûr et rapide. Il n'exige pas le repos de la malade, il présente sur le pansement à l'iodoforme l'avantage d'être inodore et exerce, en outre de son action curative, un effet analgésique marqué. Enfin il amnèe dans la plupart des cas la disparition rapide des tuméfactions ganglionnaires avant que leur fonte purulente ait eu le temps de se produire. (*Sem. Méd.*).



128. — De la conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques.—Sous ce titre, M. Rivière a fait, à la Société de gynécologie de Bordeaux, une communication importante, appuyée sur deux observations, et qui peut ainsi se résumer :

Sous le nom d'accidents gravido-cardiaques, il y a lieu de distinguer :

1° Les accidents qui surviennent, sous l'influence de la grossesse, chez des femmes antérieurement atteintes de lésions cardiaques vraies ;

2° Les accidents, simplement fonctionnels ceux-là, favorisés par l'hypertrophie cardiaque normale de la grossesse, par la gêne fonctionnelle des émonctoires de l'organisme, accidents graves néanmoins et demandant une médication rationnelle et énergique.

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques aboutissant déjà ou près d'aboutir à l'asystolie, la provocation artificielle de l'accouchement est rarement indiquée d'emblée. La saignée agit mieux et plus vite, aidée par une action énergique sur les poumons (oxygène), les reins (lait), l'intestin (purgatifs, désinfection intestinale).

Chez une gravidique atteinte, au moment où l'accoucheur est appelé près d'elle, d'accidents cardiaques légers, on peut, par le même traitement, enrayer les accidents, rendre possible, facile ou relativement peu pénible la fin de la grossesse et sauvegarder la vie de la mère en assurant celle du fœtus.

Le chloroforme à la fin de la période de dilatation et pendant l'expulsion, qui doit alors être artificielle pour hâter le plus possible la parturition, peut, manié avec prudence et malgré l'état du cœur, à cause même de l'état du cœur, être donné en toute assurance.

La condamnation portée par M. Rivière contre l'accouchement provoqué chez les cardiaques asystoliques, a été combattue par MM. Chambrelent, Lefour, Lugeol, qui ont réclamé pour la clinique le droit d'éclectisme. (*Bull. méd.*)

***

129. — De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées. — M. Kehrer, d'Heidelberg. Les présentations de l'épaule négligées sont celles dans lesquelles la contraction agissant sur la tête et le siège du fœtus fléchissent celui-ci et déterminent une cypho-scoliose.

La poitrine et le ventre du fœtus forment un cône qui, contenu dans le col utérin très dilaté, est enclavé dans le petit bassin.

Lorsque l'enfant est vivant, le traitement consiste à refouler vers le fond de l'utérus la partie fléchie, à la redresser, puis, après l'avoir repoussée du côté où se trouve la tête, à saisir une jambe, attirer le siège en bas et mettre le fœtus en présentation du siège complète mode des pieds.

Lorsque le fœtus n'a pas dépassé 7 mois, ou s'il est mort lorsque l'incurvation siège au niveau des dernières vertèbres dorsales, on pénètre dans la poitrine en sectionnant d'un côté 7 ou 8 cartilages costaux, puis, par cette brèche, on extrait les organes contenus dans le thorax et l'abdomen ; on essaye ensuite de ramener le sommet de l'angle de flexion vers le siège, d'après le mécanisme de l'évolution spontanée.

Si l'enfant est mort et que la courbure siège au bout de la colonne dorsale, il faut pratiquer la décollation au moyen de ciseaux ou de crochet à clef.

***

130. — Diagnostic et traitement des rétrodéviations de l'utérus. (*Canadian médical Association.* Meeting of the 37. August 1895. *The Montreal medical Journal*, september 1895, p. 210.) —M. Lapthorn Smith passe en revue les causes habituelles de ces déplacements : couches mauvaises, travaux fatigants, chutes sur

le bassin, etc. Il peut exister une prédisposition individuelle due au relâchement des ligaments ronds par faiblesse locale ou générale de l'appareil musculaire. Le diagnostic ne présente quelques difficultés que s'il existe en même temps un déplacement des annexes avec complication inflammatoire de leur côté. Passant en revue les traitements connus, l'auteur recommande l'opération d'Alexander ou la ventrofixation : il donne la technique de ces deux opérations.

M. Farrell (d'Halifax) pratique la ventrofixation, et, en faisant maintenir dans l'utérus une sonde par un assistant, il se contente d'une très petite incision abdominale. Dans un cas son opérée présenta au quatrième jour des symptômes d'obstruction intestinale : il plaça la malade dans la position de Trendelenburg et en secouant vigoureusement les hanches il produisit une douleur violente et subite. annonçant que l'obstruction était vaincue.

M. W. Ingston estime que la rétroversion, non compliquée d'adhérence guérit facilement : avec un peu de patience on peut se passer de l'opération d'Alexander et de la ventrofixation. Avec un bon pessaire, l'utérus peut être maintenu en bonne position, et au bout de quelques semaines, il y demeure de lui-même. En cas de besoin, préférer la ventrofixation à l'opération d'Alexander.



131. — Traitement conservateur des collections tubaires. (*Congrès de Bordeaux.*) — M. Vulliet (de Genève) proteste contre l'emploi abusif de la castration utérine ou annexielle érigée en méthode habituelle de traitement des collections tubaires. Il préconise l'évacuation des liquides par la ponction ou l'incision, et le drainage vaginal par la destruction des adhérences au moyen du massage, enfin par l'emploi de la thérapeutique médicale antiphlogistique. La castration sera réservée aux cas qui paraîtront d'emblée trop compliqués ou qui auront résisté au traitement conservateur bien conduit et suffisamment prolongé.



132. — A propos des soins à donner au cordon ombilical du nouveau-né. — D'après M. le docteur Schliep (de Stettin), le meilleur traitement du cordon ombilical consiste à le badigeonner deux fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à

2 %. Ces badigeonnages ont pour effet de hâter considérablement la momification et la chute du cordon. Dès le second jour de ce traitement, le cordon se dessèche et prend la consistance du cuir. Le lendemain, il est ratatiné au point de ne présenter que le cinquième de son volume primitif. Sa chute définitive a lieu au troisième ou quatrième jour après la naissance de l'enfant.

(*La Sem. Méd.*)



133. — Traitement de la fausse couche. — Selon *Rooschüz*, qui a observé 232 cas de fausse couche à la clinique universitaire de Berlin, le traitement expectatif armé et le traitement actif de l'avortement (curettage et enlèvement manuel de l'œuf ou des membranes) se complètent réciproquement. Si les désordres dus à la fausse couche n'ont pas grande importance, il faut savoir attendre les événements. L'intervention est indiquée dès qu'il se déclare des métrorrhagies abondantes ou des symptômes d'infection de l'organisme tout entier. Dans ces circonstances, si le col n'est pas suffisamment dilaté, il suffira de produire la dilatation artificielle du canal cervical. Avant toute intervention active, il faut avoir soin non seulement de chloroformer la patiente, mais encore de désinfecter la sphère génitale par des lavages au savon, suivis d'ablutions d'eau sublimée à 1 p. 4000.

Après l'opération manuelle ou instrumentale il est indiqué de faire des injections utérines d'eau sublimé à 1 p. 4000 chauffée à la température de 45° centigrades. A Berlin on administre aux opérées le seigle ergoté et l'on applique une vessie de glace *loco dolenti*. S'il existe une hémorrhagie profuse, on tamponne l'utérus au moyen de gaze iodoformée. Toute femme qui a eu un avortement restera au lit au moins pendant huit jours. H. L.

(*Journ. d'accouchements*).

FORMULAIRE

—

De l'indication de l'acide chlorhydrique dans la dyspepsie utérine.

(JULES CHÉRON.)

L'acide chlorhydrique est souvent indiqué dans la dyspepsie utérine, non seulement dans les hypochlorhydries franches si fréquentes

chez les neurasthéniques et les anémiques, mais encore dans un grand nombre de fausses hyperchlorhydries qui résultent, non pas d'une sécrétion exagérée de l'acide chlorhydrique, mais bien de fermentations lactiques donnant lieu à des symptômes subjectifs tels que renvois aigres et acides, pouvant facilement en imposer pour l'hyperchlorhydrie.

Dans ces cas, nous employons la limonade chlorhydrique de la façon suivante :

Acide chlorhydrique...............	2 grammes.
Eau distillée......................	500 grammes.

Prendre un-demi verre à bordeaux au moment même du repas.

Au moment de boire, on remplit le verre à bordeaux avec une égale quantité d'eau dans laquelle on a fait dissoudre un paquet de bicarbonate de soude de 0 gr. 50, voire même de 1 gramme.

Le bicarbonate de soude a pour but de combattre l'acidité lactique, ce qu'il fait d'ailleurs fort bien, en même temps que la limonade chlorhydrique active le travail digestif. Vu l'état de dilution considérable des substances actives en présence, ces deux substances ne réagissent pas l'une sur l'autre.

Si, de l'administration de ce mélange, la fermentation lactique ne se trouve pas suffisamment diminuée et si les fonctions digestives ne sont qu'incomplètement suractivées, ce qu'il est facile de savoir en interrogeant les malades relativement à la diminution ou à la disparition des symptômes de leur dyspepsie, on peut employer cette même dose aussitôt après le repas, et une troisième dose une demi-heure après le repas.

Le résultat obtenu vient confirmer ou infirmer le diagnostic.

Nous avons vu un grand nombre de malades utérines considérées pendant des années comme hyperchlorhydriques, ayant absorbé des kilogrammes de bicarbonate de soude sans résultat durable, être guéries de leur dyspepsie par l'emploi de l'acide chlorhydrique associé au bicarbonate de soude.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

—

I. — Grossesse adipeuse (le cas de M. Monod et une observation inédite).

II. — Ictère grave au cours de la grossesse.

III. — Traitement de l'infection puerpérale par la méthode de Fochier.

I. — Le diagnostic de la grossesse, d'une importance capitale pour les gynécologistes, présente parfois de grandes difficultés et nous avons consacré plusieurs revues à ce sujet si intéressant. (1)

M. Monod (de Bordeaux) publiait récemment dans les *Annales de la Policlinique de Bordeaux* (1895, n° 27) une curieuse observation de grossesse adipeuse. Il s'agit d'un de ces cas d'obésité partielle et rapide, localisée à la paroi abdominale et aux seins, déjà signalés autrefois par Depaul, qui peuvent, à un examen rapide, en imposer pour une grossesse véritable.

J'ai eu l'occasion, il y a un peu plus d'un an, d'observer un cas analogue, que je vais brièvement résumer.

Une jeune femme de 20 ans, mariée depuis un an, avait vu, quelques mois après le mariage, ses règles se supprimer à peu près complètement en même temps que ses seins se dévelop-

(1) Voir notamment J. Batuaud : Quelques erreurs de diagnostic dans le cas de grossesse et particulièrement quand il y a diminution de la quantité du liquide amniotique et métrorrhagies, *Revue des mal. des femmes* janvier 1889.

paient et que le ventre augmentait progressivement de volume. Elle se crut enceinte, et le diagnostic de grossesse fut porté, après examen sommaire, par un médecin, et par une sage-femme. Vers le 5e mois, elle crut sentir remuer l'enfant. Arrivée au terme présumé de la grossesse, et éprouvant des douleurs, qu'elle crut être des douleurs expulsives, elle fit mander la sage-femme qui prépara tout pour l'accouchement... La layette était du reste déjà faite depuis longtemps et un berceau très orné de dentelles fut apporté dans la chambre de l'heureuse mère.. Au bout de deux jours, les douleurs semblant s'atténuer, et aucun engagement n'ayant lieu, la sage-femme fit venir en consultation le médecin qui avait déjà vu la malade, quelques mois auparavant. C'est ce confrère qui m'appela à me prononcer sur ce cas vraiment obscur pour lui, car il croyait à une grossesse, il pensait qu'il y avait eu un vrai travail, mais, en l'absence de toute expulsion de fœtus, il se demandait s'il ne s'agissait pas d'une grossesse tubaire et il craignait qu'une expectation plus longue ne mît en danger la vie de sa cliente.

C'est, muni de ces renseignements, que j'examinai cette jeune femme. Le ventre, à la seule inspection, me sembla beaucoup moins volumineux qu'il n'aurait dû être, chez une femme à terme ; à la palpation de l'abdomen, on ne parvenait à sentir aucune tumeur d'une nature quelconque dans le ventre dont la paroi était d'ailleurs très épaissie. Ligne brune pas très marquée (mais ce symptôme n'a qu'une bien faible valeur). Pas de vergetures. A la percussion, pas de matité. Je fais mettre la malade dans la position de l'examen au spéculum et je parviens sans grande peine à trouver que l'utérus a absolument le volume normal d'un utérus de nullipare, qu'il est en antéversion mobile, que le col porte deux petits ectropions, ce qui explique la mollesse constatée au niveau de l'orifice externe et qu'enfin les annexes des deux côtés sont absolument normales.

Dans ces conditions, je ne pouvais qu'affirmer une chose, c'est qu'il n'y avait pas de grossesse et que par conséquent, il n'y avait pas le moindre sujet de s'inquiéter de la non expulsion d'un fœtus qui n'existait pas. J'eus beaucoup de peine à con-

vaincre la malade et à la consoler, car c'était, pour elle, une grosse déception.

Voici l'observation de M. Monod, qui est assez analogue à celle qu'on vient de lire :

Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, de robuste constitution ; mariée depuis sept ans, elle n'a jamais eu de grossesse. En juin 1894, elle a remarqué pour la première fois que son ventre grossissait. Vers la même époque, elle a été prise de vomissements alimentaires et de fortes douleurs dans les reins. Dans le courant du mois d'août, les seins ont notablement augmenté de volume et la malade a constaté un léger écoulement par les mamelons d'un liquide lactescent. A ce moment un médecin lui déclara qu'elle était enceinte, bien qu'il y eût persistance des règles. En décembre, elle aurait rendu à la suite de vives coliques un caillot assez volumineux, entouré d'une peau blanchâtre, qui lui fit croire à l'existence d'une fausse couche. Cependant, elle continua à grossir du ventre et de la poitrine, les autres parties du corps ne participant pas à ce développement inexpliqué. La santé générale restait d'ailleurs bonne.

Au onzième mois de cet état, la malade vint consulter M. Monod. A l'examen il trouve l'abdomen proéminent, régulièrement arrondi, offrant à première vue la forme et le volume d'une grossesse de sept à huit mois. La peau est sillonnée par de nombreuses et larges vergetures, qui se prolongent sur la partie supérieure des cuisses, ainsi que sur les seins. La cicatrice ombilicale, au lieu d'être effacée comme elle l'est généralement dans le cours de la grossesse, est enfoncée et plus profonde qu'à l'état normal. La percussion ne révèle en aucun point de matité nettement accusée. A la palpation, on est frappé par l'épaisseur considérable de la paroi. L'énorme accumulation de graisse qui double la paroi rend à peu près impossible la palpation de la cavité abdominale.

La région mammaire participe au développement exagéré de l'abdomen. L'hypertrophie des seins est le résultat d'une surcharge graisseuse. L'aréole n'offre pas la coloration foncée observée dans la grossesse. Par la pression, on fait sourdre des mamelons un liquide lactescent.

L'obésité est nettement partielle. Les hanches, les membres inférieurs et supérieurs, le cou et la face ne présentent pas un développement qui soit en rapport avec celui de l'abdomen et des mamelles.

Le toucher permet de constater que le col est petit, ferme, très mobile. Une pression soutenue sur la région hypogastrique ne communique pas le plus petit mouvement à cet organe ; il est permis d'en conclure que l'utérus n'a pas subi d'augmentation de volume.

A la suite de cet examen notre confrère conclut que ce développement exagéré du ventre reconnaissait pour unique cause une obésité

partielle, et recommanda pour tout traitement l'exercice, l'hydrothérapie, le massage, quelques purgatifs salins et le régime alimentaire en usage chez les polysarciques.

II. — Le *Journal des Praticiens* publie un travail assez intéressant de M. Chauffard sur un cas d'ictère grave survenu chez une femme enceinte et guéri par les bains froids. N'ayant pas d'expérience personnelle sur ce sujet, je me bornerai à reproduire le résumé de ce travail, tel que je le trouve dans le *Bulletin médical* du 8 décembre 1895.

Une femme de vingt-deux ans, sans antécédents pathologiques, enceinte de trois mois et demi, entre le 15 mars pour ictère par rétention dans le service de M. Chauffard. Elle était ictérique depuis six jours, et avait auparavant traversé la « phase préictérique » qui signale le début des ictères infectieux.

L'ictère se prononce chaque jour de plus en plus mais sans fièvre, sans aggravation de l'état général, quand le 20 mars la fièvre s'allume. Le lendemain l'ictère, la céphalalgie ont augmenté ; il y a eu insomnie ; douleur abdominale surtout dans la région hépatique ; la température atteint 40°8 ; le taux de l'urée est tombé à 12 grammes.

En présence de cette situation M. Chauffard, qui jusqu'alors n'avait prescrit que la diète lactée et une dose quotidienne de 4 gr. de benzoate de soude, se résout à recourir aux bains froids. Mais, comme l'ictérique supporte la réfrigération moins bien que le typhique, comme son myocarde affaibli est plus vulnérable, les bains ont été peu prolongés ; le premier a été donné à 26°, le second à 24° et quelques-uns à 22°. Les bains ont été donnés dès que la température atteignait ou dépassait 39° ; treize bains ont été pris en six jours. En même temps on pratiquait chaque jour des injections de sérum artificiel et on donnait du champagne frappé.

Sous l'influence de ce traitement, la température baisse progressivement pour tomber, le 25 au matin, à 36°4. A ce moment les urines montent à un litre et l'urée à 18 gr. Le 26, les fèces commencent à se recolorer, et le foie reprend ses dimensions primitives. Après différentes reprises de fièvre, le 29, la malade est en pleine convalescence, qui s'effectue sans complications ni rechute. La grossesse semble avoir continué normalement son cours.

M. Chauffard, en rapportant cette observation, la fait suivre de considérations cliniques intéressantes.

Tout d'abord, on voit là une fois de plus combien est variable et difficile à prévoir la marche des ictères infectieux aigus. Bénignité, au début des accidents ; puis soudain, au douzième jour de l'ictère, des phénomènes inquiétants se montrent : la fièvre s'élève brusque-

ment jusqu'à 40°8, la céphalée devient très intense, le taux de l'urine s'abaisse, le foie diminue de volume, des épistaxis se produisent.

De plus cet ictère a évolué sur un terrain tout spécial, le terrain gravidique, et tous les auteurs ont signalé la fréquence relative de l'ictère grave chez la femme enceinte. Il n'est pas douteux que, par elle seule, la grossesse mette la cellule hépatique dans un état de vulnérabilité tout spécial, en imminence de dégénérescence toxique, ainsi que le prouvent ces lésions typiques du foie dans l'éclampsie puerpérale avec ictère, l'aspect gomme gutte et ecchymotique, les lésions de nécrobiose cellulaire que révèle l'examen histologique.

La grossesse, en matière d'ictère grave primitif, est donc une cause prédisposante majeure, abstraction faite, bien entendu, des cas d'ictère grave *post-partum* où la septicémie puerpérale peut être mise en cause.

Si la grossesse aggrave un ictère infectieux, celui-ci, à son tour, peut compromettre la grossesse. Nul doute que la malade n'eût fait une fausse couche, si la température s'était, pendant un jour ou deux, maintenue au-dessus de 40°.

Cette thérapeutique de l'ictère grave fébrile par les bains froids, dont M. Chauffard ne parle pas dans son article « Ictère grave » du *Traité de médecine*, n'a guère encore été essayée, cependant on peut citer, dans un ordre analogue de faits, deux cas publiés à Lyon en 1892 par Humbert Mollière ; il s'agissait d'infections biliaires lithiasiques avec hyperthermie, et c'est bien à l'administration des bains froids que semble avoir été due la guérison. Quant à M. Chauffard, c'est la troisième fois qu'il a baigné un ictère infectieux fébrile. Le premier malade a guéri et le second a succombé.

III. — On sait combien est discutée la méthode préconisée par M. Fochier (de Lyon), pour le traitement de l'infection puerpérale, méthode qui consiste à provoquer des abcès artificiels au niveau des membres inférieurs, dans l'espérance que ces abcès auront une influence favorable sur la marche des lésions pelviennes, ainsi que cela s'observe assez souvent en clinique, quand il y a formation d'un ou de plusieurs abcès, par l'évolution seule de la maladie (abcès critiques des vieux auteurs.)

A notre avis, le traitement de l'infection puerpérale consiste, avant et par-dessus tout, dans la désinfection de l'utérus par le curettage dès que les injections intra-utérines se sont montrées insuffisantes. Néanmoins, il peut se faire qu'on soit appelé trop tardivement, et que la thérapeutique locale échoue par suite du retard apporté à l'intervention. C'est alors qu'on peut être conduit à recourir à la méthode de M. Fochier. Les trois cas sui-

vants, rapportés par M. Switalsky dans la *Thérap. Wochensch*. et observés dans le service du professeur Jordan, montrent que ce mode de traitement peut être suivi de succès ; les voici, d'après le résumé de la *Médecine moderne* du 7 décembre 1895.

I. — Femme de 20 ans, secondipare ; accouchement normal ; le 4e jour, frissons et fièvre avec une courbe caractéristique de pyohémie qui persista pendant 49 jours. Dans le sang on trouvait des staphylocoques. Tous les modes de traitements usuels ayant échoué et l'état de la malade s'aggravant de jour en jour on fit, le 40e jour après l'accouchement, une injection de 2 gr. d'essence de térébenthine dans le mollet gauche. La douleur fut assez vive pendant 48 heures et persista quoique moins intense, jusqu'à la formation de l'abcès. 10 jours après l'injection, l'abcès, très étendu, fut incisé et il s'en écoula environ 300 gr. de pus jaunâtre, épais, et avec des flocons de tissu nécrosé. Après l'injection la malade n'eut qu'une seule fois des frissons, mais la fièvre persista jusqu'au moment de l'ouverture de l'abcès. A partir de ce moment le rétablissement marcha vite.

II. — Malade de 28 ans, primipare ; accouchement laborieux, extraction manuelle du placenta ; le lendemain, fièvre qui offrait ensuite le type continu ; délire, langue sèche. Injection de térébenthine le 3e jour, 3 jours après, les troubles cérébraux se dissipèrent ; la fièvre disparut le 10e jour. Mais la fluctuation n'est devenue nette qu'environ 3 semaines après l'injection et l'abcès ne fut ouvert que le 34e jour. Rétablissement rapide de la malade à partir de ce moment.

Comme l'infection était ici très grave, on avait fait, outre l'injection hypodermique de térébenthine, une injection intra-veineuse de sublimé (8 milligr. en 3 jours.)

III. — Cas à peu près analogue. Fluctuation, 15 jours après l'injection ; l'incision faite, la malade marcha rapidement vers la guérison.

Dans tous ces cas l'injection était, pendant les 2 premiers jours, excessivement douloureuse ; dans le premier et le dernier cas l'abcès était chaud ; chez la seconde malade l'abcès avait une marche analogue à celle des abcès froids. Dans tous ces cas il est évident que seule l'injection d'essence de térébenthine a sauvé la malade, car le sublimé injecté chez la seconde malade, reste en général sans aucun effet sur l'infection, ainsi que le prouvent les malades auxquelles l'auteur n'avait injecté que du sublimé.

Jules Batuaud.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

(10e *article, voir les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet, août, novembre* 1895.)

—

De la dilatation artificielle de l'utérus

Par le Dr Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare,
et le Dr Jules Batuaud, ancien interne de Saint-Lazare.

—

Sommaire.— Indications de la dilatation : *a*) Dilatation exploratrice, toutes les fois qu'il est nécessaire de s'ouvrir une voie assez large pour pénétrer, avec le doigt ou avec les instruments explorateurs, dans la cavité utérine.

b) Dilatation curative : 1° considérée comme premier temps d'une intervention portant sur la cavité utérine : dilatation avant curettage, avant myomotomie, etc.; 2° considérée comme traitement proprement dit pour élargir et calibrer le canal cervical dans les sténoses (stérilité, dysménorrhée), dans l'endocervicite ; pour assurer le drainage utérin en cas d'endométrite ; pour faciliter l'évacuation des collections tubaires profluentes ; comme moyen hémostatique, particulièrement dans le cas des fibro-myomes ; comme moyen de redressement de l'utérus dans les flexions du corps sur le col.

Contre-indications de la dilatation : grossesse (sauf le cas de vomissements incoercibles), états infectieux aigus de l'utérus ou des annexes, en dehors de la puerpéralité.

Moyens employés pour pratiquer la dilatation : *a*) Laminaire et éponge préparée. Avantages et inconvénients de ce mode de dilatation. Préparation des laminaires. Mixture pour rendre la dilatation moins pénible. Fixateur de Courtin.

b) Dilatateurs métalliques. Considérations qui nous font préférer ce mode de dilatation quand il est applicable. Dilatateur transversal du Dr Chéron, dilatateur antéro-postérieur du Dr Batuaud. Le reproche fait aux dilatateurs métalliques d'exposer à des perforations n'est applicable qu'à de mauvais instruments employés suivant une technique défectueuse.

c) Filière de Hégar. Un procédé pour transformer l'applicateur de Playfair en dilatateur quand on n'a besoin que d'une dilatation faible. Avantages et inconvénients des filières.

d) Dilatation par tamponnement : méthode de Vulliet, méthode de Landau. Avantages et inconvénients.

Utilité d'associer, dans certains cas, les divers moyens de dilatation énumérés ci-dessus.

Manuel opératoire : Anesthésie générale, anesthésie locale ; antisepsie de la région ; antisepsie des instruments. Question de l'abaissement artificiel préalable.

a) Dilatation avec les éponges et les laminaires : introduction, maintien, extraction.

b) Dilatation avec nos dilatateurs métalliques : introduction, écartement des branches, extraction.
c) Emploi de la filière.
d) Méthode de Vulliet et de Landau.

Les indications de la dilatation artificielle de l'utérus sont nombreuses et importantes et c'est une des interventions de la petite chirurgie gynécologique que l'on doit le mieux connaître et qui rend les plus grands services.

Voici un malade qui accuse tous les symptômes d'une endométrite, ou bien encore on hésite entre le diagnostic d'endométrite et celui de sarcome diffus de la muqueuse utérine, mais elle présente en même temps une sténose de l'orifice externe, une étroitesse du canal cervical qui empêchent absolument d'introduire une curette d'exploration. Dans ces conditions, une légère dilatation extemporanée avec un petit dilatateur métallique, qu'on introduira fermé, qu'on ouvrira progressivement, lentement et qu'on maintiendra écarté pendant quelques minutes suffira à rendre possible immédiatement le curettage d'exploration, grâce auquel le diagnostic pourra être établi. C'est là l'indication la plus fréquente de la *dilatation exploratrice*. Exceptionnellement on peut avoir besoin de pratiquer le toucher intra-utérin pour constater l'existence de myomes insérés dans la cavité utérine, pour apprécier l'épaisseur des parois de l'utérus déformé par des fibromes multiples, pour préciser l'indication de la myomotomie ou pour voir si l'on peut faire sans inconvénients un curettage contre une endométrite myomateuse avec différence considérable d'épaisseur de l'utérus d'une face à une autre, etc. En dehors de la période puerpérale, qui n'entre pas dans notre sujet, (recherche des rétentions placentaires ou de cotylédons entraînant des accidents hémorrhagiques et infectieux) ce toucher intra-utérin ne devient possible que par l'emploi préalable de la dilatation ou de la discision des lèvres du col.

Actuellement, la section bilatérale du col, où suivant les cas, la section de l'une ou l'autre des lèvres est préférée, à juste titre quand on prévoit qu'il faudra intervenir aussitôt, c'est pourquoi la dilatation exploratrice reconnaît comme indication principale, celle que nous avons donnée au commencement de cet article.

La dilatation artificielle, envisagée au point de vue thérapeutique (*dilatation curative*) est, tantôt le premier temps d'une

opération portant sur la cavité utérine (curettage, myomotomie, etc.), et ne joue alors qu'un rôle secondaire, tantôt au contraire, elle constitue, par elle-même un traitement proprement dit et c'est sur les indications de ce dernier ordre qu'il convient surtout d'insister.

Les sténoses de l'orifice externe, les étroitesses du canal cervical, causes fréquentes de stérilité et de dysménorrhée, certaines endo-cervicites, chez les nullipares surtout, chez lesquelles elles entraînent souvent des sensations douloureuses déterminées par la tuméfaction de la muqueuse cervicale enflammée, sont des indications bien nettes de la dilatation artificielle. Quand le col n'est pas sclérosé, et à plus forte raison quand il est mollasse et extensible, la dilatation suffit à elle seule à la guérison des sténoses dont nous parlons, et elle met rapidement un terme aux sensations douloureuses éprouvées par les malades. Nous avons même observé un nombre déjà assez grand de stérilités guéries à la suite de quelques dilatations, alors que la sténose de l'orifice externe était le seul obstacle à la fécondation. Il faut s'attendre cependant, car le fait est loin d'être rare, à rencontrer des sténoses peu dilatables, par suite de la dureté presque fibreuse du col, et il convient alors de recourir à la discision du col que nous étudierons plus tard.

La dilatation est souvent indiquée, dans les endométrites, ainsi que nous avons eu, plusieurs fois déjà, l'occasion de le dire dans les articles précédents sur les diverses médications intra-utérines. Assurer un libre écoulement aux sécrétions formées dans la cavité du corps est en effet une condition indispensable à la cure de l'endométrite; sans un bon drainage, les autres moyens thérapeutiques deviennent illusoires.

Le drainage utérin constitue également une nécessité pour la guérison des collections tubaires profluentes ; on comprend, en effet, que la perméabilité large de l'utérus ne peut que favoriser leur évacuation. Mais il y a plus, et sans nous attarder à discuter longuement cette question, objet de controverses passionnées, nous dirons que, soit en amincissant les parois utérines et en diminuant ainsi la longueur du trajet intra-utérin des trompes, soit en élargissant indirectement ce trajet, soit enfin en sollicitant la contractilité des trompes de Fallope, peut-être en agissant à la fois par ces divers mécanismes, la dilatation artificielle

de l'utérus a souvent donné entre nos mains, comme entre celles de Walton et de Doléris, des évacuations de collections tubaires que nous voyions persister depuis plus ou moins longtemps, sans modification appréciable de volume, avant l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Une des indications déjà anciennes de la dilatation, ce sont les hémorrhagies en rapport avec l'existence de tumeurs fibreuses dans les parois de l'utérus, surtout quand ces hémorrhagies sont liées à un état congestif manifeste de l'appareil utéro-ovarien sans lésions accentuées de la muqueuse. En cas d'endométrite invétérée compliquant une tumeur fibreuse, la dilatation ne peut avoir que des effets hémostatiques temporaires, ainsi que l'un de nous l'a exposé dans un autre volume (1).

Enfin, nous avons souvent recours à la dilatation, spécialement à l'aide du dilatateur antéro-postérieur, en cas de dysménorrhée due à l'existence d'une antéflexion ou d'une rétroflexion, l'écartement des branches de cet instrument ayant pour effet de redresser l'axe utérin d'autant plus qu'on pousse plus loin la dilatation.

Nous n'aurions qu'à renvoyer nos lecteurs aux contre-indications déjà si souvent citées à propos des autres modes de traitement intra-utérins, si nous ne tenions à rappeler ici une exception à la règle habituelle, au point de vue de la grossesse. Bien que nous n'ayons nullement l'intention de discuter les indications de la dilatation, dans le cas de vomissements incoercibles, nous devons dire que l'un de nous a eu, plusieurs fois, recours à la méthode de Copman (en bornant, il est vrai la dilatation à l'orifice externe et aux deux premiers centimètres du canal cervical), avec un double succès, tant au point de vue de l'arrêt des vomissements qu'à celui de la continuation de la grossesse (J. Chéron).

Les moyens employés pour pratiquer la dilatation artificielle de l'utérus sont nombreux et forment quatre groupes principaux que nous allons passer en revue en discutant les avantages et les inconvénients de chacun d'eux. Ce sont :

(1) Jules Batuaud. Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus ; l'endométrite, cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage, in-8° de 134 pages avec figures. Steinheil, Paris, 1891.

a) La laminaire et l'éponge préparée ;
b) Les dilatateurs métalliques ;
c) Les filières dilatatrices ;
d) Les tampons (ouate ou gaze.)

a) L'*éponge* à *la ficelle* étant de moins en moins employée, en raison de la longueur de sa préparation, de l'irrégularité et de l'infériorité de sa force dilatatrice comparée à celle de la laminaire, nous ne parlerons que de cette dernière.

Les tentes de laminaire (laminaria digitata) se présentent, dans le commerce, — soit, sous la forme de bâtonnets cylindriques lisses et soigneusement polis à leur surface, pleins ou perforés dans leur longueur, arrondis à une de leurs extrémités et munis, à l'extrémité opposée, d'un fil qui en facilite l'extraction, — soit à l'état brut.

M. Bonnet (1) qui a fait une bonne étude comparative de ces deux sortes de laminaire adresse les reproches suivants aux tiges lisses, polies par les fabricants : La régularité de leur surface permet leur pénétration facile, mais, aussitôt introduites, elles tendent à sortir de l'utérus. Comme leur longueur ne varie guère qu'entre 5 et 8 centimètres, si la tige est trop longue, elle viendra buter soit sur la cloison rectovaginale, soit sur le fond de l'utérus en déterminant soit une ulcération soit même une perforation ; si elle est trop courte, elle pourra s'enclaver au-dessus de l'orifice interne, au point d'être très difficile à extraire. D'autre part, ces tiges, en se gonflant, se hérissent d'aspérités très saillantes qui accrochent la muqueuse, pénètrent dans les plis de l'arbre-de-vie et rendent l'extraction de la tente très douloureuse.

Aussi M. Bonnet préfère-t-il les tiges brutes qu'il conseille de préparer soi-même de la façon suivante :

« On choisit les tiges les plus dures et les plus lisses. Après les avoir lavées et brossées, on les segmente en fragments de 6 à 10 centimètres et on les plonge dans une solution chaude de sublimé à 1 0/00.

« Quand elles ont acquis leur maximum de turgescence (au bout de douze à vingt-quatre heures) on racle la surface de celles qui

(1) S. Bonnet. *Bulletin et mémoires de la Soc. obst. et gyn.*, janvier 1892.

présentent quelques inégalités (il y en a très peu dans ce cas.) Puis, lavage à l'eau bouillie, nouvelle immersion dans l'eau naphtolée, durant vingt-quatre heures, pour éliminer le sublimé, sous peine d'exposer les malades à des ulcérations caractéristiques du col ou du vagin et à de légers accidents de résorption. Ces accidents sont probablement dus à la concentration du sublimé par le fait de la dessication.

« Il ne reste plus qu'à retirer les tiges du bain naphtolé, à en arrondir les extrémités au bistouri et à les faire sécher incomplètement dans une étuve modérément chauffée ou un simple four de cuisine. Quand elles sont encore malléables, bien qu'à peu près totalement rétractées, on les plonge dans de l'éther naphtolé à 1 0/0 ou iodoformé à 5 % où elles finissent de se rétracter tout en conservant leur souplesse. On les conserve dans ce même liquide. Ainsi préparées, ces tentes ne flattent pas l'œil comme les tiges lisses et ne se dilatent peut-être pas aussi vite ; mais elles se maintiennent bien en place, se dilatent en un cylindre très régulier, assurent, sans perforation centrale, l'écoulement des liquides, sont aussi faciles à introduire qu'à extraire et peuvent être taillées de la longueur voulue. Il est facile d'augmenter au besoin leur souplesse en les plongeant, durant quelques secondes, dans une solution antiseptique chaude. »

Les avantages de la dilatation à l'aide des laminaires méritent d'être pris en considération. C'est un moyen de dilatation à la portée de tous les médecins, n'exigeant pas d'outillage spécial. Les laminaires permettent d'obtenir de larges dilatations, bien régulières, portant à la fois sur le canal cervical et sur la cavité utérine. En même temps qu'elles dilatent, elles assouplissent le parenchyme utérin, ce qui peut être avantageux dans les flexions du corps de l'utérus et dans les métrites parenchymateuses dont la sclérose n'est pas encore trop avancée. Elles portent l'iodoforme dont elles sont imprégnées dans les replis étalés de l'arbre-de-vie, etc.

Mais les inconvénients (dont quelques-uns peuvent être évités, mais pas tous et pas toujours) ne sont pas moins sérieux que les avantages :

Ce mode de dilatation nécessite le séjour au lit, ce qui est une gêne qu'on est heureux de pouvoir éviter à certaines malades, quand la dilatation extemporanée peut suffire. Chez les personnes

nerveuses, la douleur, en dépit des mixtures à la cocaïne, est quelquefois très péniblement supportée, au point que des malades refusent de se soumettre à une série de dilatations de ce genre. On a vu, dans certains cas de déviations utérines avec amincissement d'une des parois, la laminaire créer des perforations graves. L'enclavement, au niveau de l'orifice interne, n'est pas exceptionnel et l'extraction de la laminaire devient très douloureuse. Chose plus grave encore ; si l'utérus est infecté, ce qui est souvent le cas, si l'iodoforme ne neutralise pas rigoureusement les sécrétions dont s'imbibe la tente dilatatrice, au moment où vous retirez la laminaire, vous faites une série de petites inoculations septiques pouvant entraîner des accidents plus ou moins sérieux. L'un de nous a interprété plusieurs fois de cette façon des soi-disant complications du curettage qui s'expliquaient bien plus logiquement par le mode de dilatation employé que par le curettage lui-même. (Batuaud.)

L'enclavement des laminaires dans le canal cervical peut être évité par l'emploi du fixateur de Courtin ou de tout appareil analogue.

Le fixateur de Courtin est un disque en caoutchouc mou, perforé à son centre pour recevoir l'extrémité externe de la laminaire et portant, à sa pépriphérie, une série de petits orifices destinés à laisser une issue facile aux secrétions utérines. Si cet appareil est loin d'être parfait quand il est adapté aux drains utérins (nous verrons par quoi on peut le remplacer avantageusement comme fixe-drain), il serait injuste de ne pas reconnaître qu'il est suffisant dans le cas actuel.

Enfin, voici la formule de M. Lefour pour rendre indolore, autant que faire se peut, l'action des laminaires :

Iodoforme	10 grammes.
Cocaïne pure	5 grammes.
Ether sulfurique	85 grammes.

On plonge pendant huit jours les tiges de laminaire dans cette solution ; on ne les en retire qu'au moment d'en faire usage, en attendant, bien entendu, quelques instants pour laisser l'éther s'évaporer avant de les mettre en place.

b) Les *dilatateurs métalliques* sont des instruments composés de deux, trois, quatre, etc., branches qu'on introduit fermées dans

le canal cervical et qu'on écarte plus ou moins rapidement, soit à l'aide d'une pression manuelle, soit à l'aide de la manœuvre d'un écrou courant sur un pas de vis, de façon à produire la dilatation extemporanée de l'utérus.

Les modèles de dilatateurs imaginés par les gynécologistes sont des plus nombreux, mais ils sont loin de présenter tous les mêmes commodités ou la même sécurité dans leur emploi.

Nous considérons que les anciens modèles, à manœuvres compliquées, à branches nombreuses, difficilement démontables, doivent être abandonnés désormais, en raison des nécessités de l'antisepsie. Nous rejetons d'autre part de notre arsenal les instruments dont l'écartement des branches s'obtient par une pression manuelle toujours difficile à graduer. C'est avec de semblables instruments qu'on a eu des perforations comme M. Auvard en rapportait, l'année dernière, un exemple (1).

Aussi, après de nombreux essais comparatifs, nous sommes-nous arrêtés aux deux types suivants dont nous nous servons presque exclusivement :

1° Dilatateur transversal du Dr Chéron : C'est un dilatateur complètement métallique, facilement démontable, à deux branches juxtaposées parfaitement lisses, suffisamment résistantes, dont l'écartement s'obtient par la manœuvre d'un écrou sur un pas de vis très court, de façon à ne dilater que très progressivement et sans secousses. La courbure de l'appareil (il en existe trois courbures principales : à peine courbe, courbure moyenne, courbure forte) peut s'adapter à tous les cas. L'instrument dilate dans le sens transversal, c'est-à-dire de gauche à droite.

2° Dilatateur antéro-postérieur du Dr Batuaud. Il est construit exactement suivant les mêmes principes ; mêmes branches lisses, démontables, même mode d'écartement ; mêmes courbures (petite, moyenne et forte), mais il est disposé de façon à agir dans le sens antéro-postérieur ; par conséquent ses deux branches sont superposées au lieu d'être juxtaposées. Il complète l'action du dilatateur transversal, si bien qu'après la double dilatation, on obtient un canal parfaitement cylindrique et régulier. Mieux que le dilatateur transversal, il déplisse l'utérus dans les cas de flexions,

(1) Voir, pour la discussion de ce cas, Batuaud : Perforation de l'utérus avec la curette et avec les dilatateurs métalliques. *Revue des maladies des femmes*, décembre 1894.

mais il n'est facilement introduit que quand le dilatateur transversal lui a préparé les voies.

Avec ces dilatateurs, il n'y a pas à craindre de perforations utérines, pourvu qu'on suive la technique que nous exposons plus loin.

(A suivre.)

DE L'ELYTROTOMIE

dans le traitement des collections pelviennes

Par le Docteur Vautrin,

Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

(Communication faite à la Société de médecine de l'Est) *(Suite et fin)* (1).

—

Sur les neuf cas de suppurations pelviennes, il en est 6 qui remplissaient les conditions où je considère l'élytrotomie comme indiquée. Il s'agissait d'abcès rétro-utérins bien limités en rapport avec des lésions métritiques dans 4 cas, avec des salpingites dans 2 cas. Dans une de ces dernières observations, mon doigt rencontra une collection de la trompe gauche qui fut ouverte ; la guérison s'opéra rapidement. Dans ces 6 abcès rétro-utérins, je trouvai facilement le pus, l'évacuai en déchirant les cloisons qui divisent toujours ces cavités pelviennes, et je constatai que les parois étaient dures, comparables comme résistance au tissu osseux. Il me semblait que le bassin était coulé en plâtre. Après deux jours de drainage, la résistance de ces tissus avait déjà diminué et dans chacune des observations, je trouve noté ce fait, qu'après un écoulement abondant de liquide pendant les 3 premiers jours, les parties voisines de la cavité avaient à peu près retrouvé leur souplesse. Dans ces cas simples, la guérison se fit dans une moyenne de 12 jours.

J'entrepris de guérir par l'élytrotomie 3 suppurations rétro-utérines plus volumineuses et toutes trois en rapport avec des lésions bilatérales des trompes. L'incision et l'ouverture de ces cavités purulentes se firent très facilement, évacuant un pus abondant et infect. Mais je dus ouvrir dans un cas 4 poches se-

(1) Voir le n° de novembre 1895.

condaires, dont deux représentaient les trompes dilatées, ainsi que je pus m'en rendre compte par leur situation par rapport aux cornes utérines. Dans un autre cas, je dus intervenir de nouveau après quelques jours pour évacuer une collection placée sur le côté droit du fond de l'utérus à une très grande hauteur ; j'employai pour cela un trocart courbe, dont la manœuvre aveugle ne laissait pas de m'inquiéter. Ces 3 élytrotomies amenèrent la guérison dans deux cas, mais au bout d'un temps assez long, deux mois et deux mois et demi ; la troisième malade est sortie avec une fistule vaginale qui depuis neuf mois n'est pas encore fermée. Tout me fait supposer que cette fistule est en rapport avec une lésion de la trompe ; j'ai proposé à la patiente l'hystérectomie qu'elle a refusée parce que ses douleurs ont disparu et qu'elle se croit guérie. J'ai eu occasion de la revoir il y a trois semaines environ ; elle ressentait de nouveau des douleurs dans le ventre, des frissons, etc. L'écoulement par la fistule s'était arrêté ; je fis la dilatation du trajet fistuleux à la laminaire, et les accidents cessèrent.

Mes 6 observations d'hématocèle traitées par l'élytrotomie offrent également quelque intérêt ; je range parmi elles deux hématocèles résultant de grossesses tubaires rompues que j'ai observées cette année même et que je me réserve d'étudier ultérieurement d'une manière plus complète. Dans 3 cas, il s'agissait d'hématocèles anciennes peu volumineuses, douloureuses, dont l'une en voie de suppuration. L'évacuation fut facile et la guérison rapide. J'ouvris par l'élytrotomie une hématocèle plus importante, qui eût été accessible par la laparotomie ; elle datait de trois semaines environ, avait déjà diminué, mais je jugeai avantageux pour la malade de la délivrer d'une collection sanguine dont la résorption allait demander de longs mois. J'évacuai 380 gr. d'un liquide noir, sirupeux, sans caillots. Malgré une exploration attentive, je ne pus me rendre compte de la cause de l'hématocèle. La malade guérit complètement en 12 jours. Elle a conduit une grossesse à terme depuis cette opération.

En janvier dernier, je donnai des soins à une femme atteinte depuis quelques jours seulement de collection pelvienne, survenue après deux à trois mois environ d'arrêt des règles. L'utérus était augmenté de volume, le col un peu mou ; dans la fosse iliaque gauche on sentait une tuméfaction qui se perdait

dans le bassin. Je pensai à une grossesse extra-utérine rompue ainsi que semblaient l'indiquer les douleurs subites et l'apparition d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas. Je fis l'élytrotomie postérieure et j'évacuai 150 gr. environ d'un liquide noir avec des caillots abondants. En explorant la cavité, je reconnus l'existence d'un diverticule se prolongeant dans la direction de la trompe gauche, où se trouvait une nouvelle cavité. Je crus pouvoir en inférer qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire rompue mais un examen plus complet des caillots et des liquides ne fut pas pratiqué. La guérison s'effectua en 25 jours environ, après lesquels la malade put rentrer chez elle, n'ayant plus aucune tuméfaction perceptible dans le bassin.

Vers la fin du même mois de janvier, j'eus à traiter, au pensionnat de l'hôpital civil, une autre femme âgée de 40 ans, qui avait ressenti brusquement 15 jours auparavant une vive douleur dans le ventre, suivie de ballonnement, de vomissements, etc. Le médecin traitant réussit à enrayer une péritonite commençante et, quand l'état général fut meilleur, il m'adressa la malade. Celle-ci n'avait plus été réglée depuis 4 mois et demi, avait éprouvé depuis ce temps des malaises gastriques, quelques élancements dans les seins et des douleurs dans le ventre. Jamais elle n'avait été enceinte auparavant. On constatait au palper une tuméfaction remontant jusqu'à égale distance de l'ombilic et du pubis ; au toucher on trouvait un col un peu ramolli, entr'ouvert, une dilatation du cul-de-sac postérieur repoussé par une tumeur siégeant au-dessus de lui et derrière l'utérus ramené en avant. Je supposai une rupture de grossesse tubaire datant de 4 mois et demi, et j'agitai la question d'une laparotomie. Je me décidai cependant pour l'élytrotomie qui m'avait jusqu'alors donné de très bons résultats. Une des raisons qui influa le plus sur ma détermination, fut l'état de faiblesse et d'anémie de la malade, qui aurait difficilement supporté une opération de longue durée. Je fis l'élytrotomie, pénétrai aisément dans la cavité que je trouvai remplie de caillots énormes. Je me servis d'une cuillère à soupe pour retirer ces caillots, mais aussitôt le sang se mit à couler abondamment et je dus faire un tamponnement serré de la cavité avant d'avoir pu l'explorer. L'hémorragie s'arrêta et je fus assez heureux pour en conjurer le retour dans les premiers jours. La malade reprenait des forces, la

tumeur s'affaissait peu à peu et une suppuration de bonne nature m'indiquait un bourgeonnement actif dans la profondeur, lorsque le seizième jour après l'opération, sans aucune cause apparente, une hémorrhagie abondante se fit dans la poche. J'eus le temps d'arriver et de renouveler un tamponnement serré qui resta jusqu'au lendemain. Pendant 12 jours le tamponnement dut rester en place ; chaque fois que je le changeais, l'hémorragie réapparaissait avec violence. Enfin, 4 semaines après l'élytrotomie, le sang s'arrêta et la cavité se mit à se combler. Les débris du placenta et du fœtus furent expulsés par morceaux. La malade sortit guérie après deux mois et demi de traitement.

Les réflexions que suggèrent ces observations succinctes peuvent être résumées rapidement. L'élytrotomie est une excellente opération pour l'hématocèle enkystée, lorsque la source de l'hémorragie est décidément tarie ; elle peut être dangereuse au contraire, lorsqu'elle évacue le contenu d'une cavité où une nouvelle quantité de sang risque de s'épancher. Lorsqu'un épanchement de sang abondant se produit dans le pelvis et met les jours d'une malade en danger par son intensité, ce n'est donc pas à l'élytrotomie qu'il faut avoir recours, mais à la laparotomie. Au contraire, dans les hématocèles anciennes, l'élytrotomie est inoffensive, simple et de guérison facile. Lorsque la collection sanguine résulte d'une grossesse extra-utérine supposée, la laparotomie est encore préférable dans les premiers mois de la grossesse, elle devient formellement indiquée à partir du troisième ou du quatrième mois. Je tenterais peut-être encore l'élytromie à cause de sa bénignité dans les deux ou trois premiers mois, mais à coup sûr je n'exposerais plus une malade aux dangers des hémorragies primitives et secondaires, qui menacent les opérées par la voie vaginale à partir du quatrième mois.

Quant aux collections suppurées que j'ai traitées par l'élytrotomie postérieure, elles se réduisent sur 9 cas ou plutôt sur 11 cas, en ajoutant les 2 collections séro-purulentes que j'ai ouvertes, à 10 guérisons complètes et une guérison partielle avec persistance d'une fistule. Ces résultats sont incontestablement favorables, mais en étudiant les faits de plus près, on voit que, dans les 3 cas de suppurations pelviennes volumineuses, la guérison a été retardée deux fois et une autre fois elle a été incomplète. Il est légitime de conclure en faveur de la laparotomie dans ces conditions,

car seule cette opération permet d'atteindre les lésions pelviennes supérieures et d'extirper en entier les annexes malades, que l'élytrotomie laisse en place, comme un noyau inflammatoire pouvant entretenir des fistules. Si l'étendue des lésions pelviennes fait soupçonner de trop grandes difficultés par la laparotomie, mieux vaut choisir l'hystérectomie vaginale qui amène plus sûrement la guérison.

II

Si les collections pelviennes rétro-utérines sont les plus fréquentes, il en est d'autres qui ne sont pas moins importantes et souvent d'une thérapeutique plus délicate, je veux parler des collections anté-utérines et de celles qui siègent dans les ligaments larges. Je m'occuperai d'abord des *collections anté-utérines*. Elles comprennent aussi deux catégories distinctes : les collections sanguines et les collections suppurées.

L'*hématocèle anté-utérine* serait d'une grande rareté d'après les auteurs. Il est vrai que les observations en sont fort peu nombreuses ; cependant j'en ai observé 6 cas, ce qui me fait penser que ces lésions sont assez souvent méconnues ou bien que j'ai été exceptionnellement bien servi par le hasard. L'un de ces 6 cas est encore actuellement en traitement, je le passerai sous silence. La première observation date de 5 ans environ; elle a trait à une hématocèle supra-utérine et anté-utérine, énorme collection qui remontait jusqu'à 5 centimètres de l'ombilic et qui s'étendait au-dessus des arcades de Fallope. Je ne rapporte ce cas que pour mémoire, car j'ai ouvert et drainé la collection par la laparotomie sous-péritonéale, que Houzel et Pozzi avaient recommandée en 1886. Le deuxième cas d'hématocèle anté-utérine fut observé chez une femme de la Maternité que mon excellent maître, M. le Professeur Herrgott, voulut bien me confier. Cette collection sanguine était aussi très volumineuse ; je l'ouvris et la drainai par la laparotomie médiane. Dans le troisième cas, il s'agissait d'une hématocèle de moyen volume, remplissant le cul-de-sac vésico-utérin, repoussant l'utérus en rétroversion complète et refoulant la vessie contre le pubis. Au moment où je traitai cette malade, la suppuration envahissait la poche. Je fis *l'élytrotomie antérieure* en octobre 1892. J'incisai dans le cul-de-sac antérieur du vagin,

sur la lèvre antérieure du col, je décollai la vessie de l'utérus jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin que je perforai avec l'ongle. Je donnai issue à un liquide purulent mélangé de caillots sanguins. Avec le doigt j'explorai la cavité dont je pouvais facilement déprimer les parois par une pression au-dessus du pubis. Je ne remarquai rien à la partie antérieure de la poche, mais je ne pus atteindre ses limites postérieures. J'installai un drainage et au bout de vingt jours, la cicatrisation était parfaite.

En septembre 1894, j'eus l'occasion de traiter à l'hôpital une hématocèle anté-utérine assez volumineuse, que je m'apprêtais à ouvrir par l'élytrotomie antérieure, lorsque la collection s'évacua par l'intestin. Cette malade a été revue à plusieurs reprises, soulagée, mais non guérie. Dans un cinquième cas, que j'observai il y a quelques mois, la malade refusa l'intervention.

Les phlegmons anté-utérins se rencontrent rarement ; ils sont dus à la suppuration d'hématocèles ou encore à la périmétrite. On observe ces lésions à la suite d'accouchements négligés, lorsque l'inflammation de la surface d'insertion placentaire gagne le revêtement péritonéal utérin et favorise l'éclosion d'une péritonite localisée. On voit aussi parfois les trompes enflammées contracter des adhérences en avant de l'utérus et même avec la vessie, ainsi que Terrillon en a cité des exemples.

Quoi qu'il en soit, les suppurations anté-utérines existent réellement ; elles ont leur allure, leurs dangers et leurs signes distinctifs. Elles se présentent généralement sous forme d'une tuméfaction perceptible par le cul-de-sac antérieur, douloureuse au toucher, en rapport avec l'utérus, la vessie et la paroi abdominale. Au-dessus du pubis, elles produisent un plastron plus ou moins élevé qui s'étend parfois très loin sur les côtés. Dans les cas simples, la collection reste comprise dans le cul-de-sac vésico-utérin entre les ligaments ronds et ne dépasse pas, sur les côtés, les orifices internes des canaux inguinaux, en haut la partie supérieure du pubis. Pour ces collections, l'élytrotomie me paraît éminemment recommandable ; faite avec précaution, elle n'expose à aucun danger et facilite le drainage. La laparotomie, au contraire, nécessiterait d'abord l'ouverture du péritoine, puis celle de la poche placée derrière la vessie, ce qui complique et aggrave les manœuvres.

Mais lorsque le phlegmon anté-utérin s'étend largement sur

les côtés et vers l'ombilic, il est plus rationnel de l'ouvrir directement par la laparotomie sous-péritonéale latérale. Toutefois le drainage installé dans ces conditions évacue difficilement les liquides et ne met qu'imparfaitement à l'abri des fusées secondaires vers le tissu cellulaire pelvien. Aussi a-t-on recours alors au drainage abdomino-vaginal, que l'on obtient en décollant la vessie de l'utérus et en faisant passer le drain de la région sus-pubienne dans le vagin. Garnett a employé ce mode de drainage avec succès. Munde, dans deux cas, perfora la vessie en voulant passer le drain assez violemment de haut en bas. Il est préférable, pour se mettre à l'abri de tels accidents, de procéder à l'élytrotomie antérieure par le vagin, d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin à l'aide du doigt et de passer ensuite le drain. J'ai opéré par ce procédé une femme de 35 ans environ, atteinte depuis plusieurs mois d'un phlegmon anté-utérin qui s'étendait jusqu'à l'ombilic et s'était ouvert à ce niveau par deux orifices, d'où s'écoulait une suppuration très abondante. Sous l'influence de la septicémie chronique, cette pauvre femme était tombée dans une cachexie complète, les reins avaient subi la dégénérescence amyloïde. Néanmoins je consentis à opérer. Je fis une incision médiane sur la ligne blanche et tombai dans une vaste cavité cloisonnée, où le pus stagnait sans trouver libre issue. En plongeant le doigt vers la partie inférieure, je constatai que le point déclive occupait le cul-de-sac vésico-utérin. Le drainage debout me parut insuffisant pour assurer l'asséchement de la poche ; aussi je mis la malade dans la position de l'élytrotomie vaginale antérieure et je pratiquai rapidement cette opération qui n'offrit aucune difficulté. L'espace vésico-utérin ouvert, je passai un drain du vagin vers la plaie abdominale, je fis un lavage abondant de la cavité et j'appliquai un pansement. Les premiers jours, la malade parut reprendre des forces, mais l'œdème des jambes ne disparut pas et la cachexie continuant son œuvre, elle succomba 15 jours après l'opération.

L'élytrotomie antérieure constitue donc une excellente opération dans les collections anté-utérines peu volumineuses ; combinée à l'incision médiane ou à la laparotomie latérale, elle est indiquée dans bon nombre de collections étendues, que le simple drainage debout ne pourrait tarir facilement. Elle peut être comparée comme exécution et comme résultat à l'élytrotomie posté-

rieure, bien qu'elle présente certaines particularités dues à la séparation des deux organes intimement unis, la vessie et l'utérus. Je recommande, pour éviter l'ouverture de la vessie, de faire l'incision vaginale au point de réflexion du vagin sur le col, de saisir la lèvre de la plaie vaginale au-dessus, le col au-dessous par des pinces à griffes, et de décoller à l'aide du doigt progressivement au contact du tissu ferme de l'utérus. Lorsqu'on arrive au voisinage de la séreuse et par conséquent de la collection, le doigt rencontre une résistance compacte qu'il cherche à vaincre. A ce moment une sonde introduite dans la vessie indique au besoin que l'organe est hors d'atteinte, le doigt est poussé brusquement et la poche est ouverte.

Dès que le liquide s'est écoulé, la main gauche abaisse le plafond de la cavité en déprimant la paroi abdominale, tandis que le doigt scrute les irrégularités et les diverticules où la suppuration a pu s'engager. On se rend compte ainsi de la nécessité de pratiquer des contre-ouvertures sur la ligne médiane ou sur les parties latérales. Il peut arriver que la suppuration ait tendance à s'ouvrir dans la vessie, ce qui est rare, puisqu'on n'en possède que quatre ou cinq observations bien authentiques. L'élytrotomie, faite dans ces conditions, exposerait à une perforation presque inévitable, mais le danger de cet accident ne me paraît pas considérable, étant donné le drainage bien assuré de la cavité suppurante.

Un des principaux avantages de l'élytrotomie réside dans la rapidité de la guérison due au drainage bien déclive, et dans l'absence de cicatrice pouvant donner lieu dans la suite à l'éventration de complications observées si souvent après les laparotomies suivies de drainage. Je reconnais toutefois à la laparatomie l'avantage de mettre à jour, et de permettre d'enlever les lésions annexielles qui causent parfois les suppurations antéutérines, mais il n'est pas impossible de les atteindre par l'élytrotomie antérieure qui ouvre une voie directe à l'exploration pelvienne. Si large que l'on fasse l'élytrotomie antérieure, on n'est pas exposé à une hémorrhagie inquiétante comme dans l'élytrotomie postérieure, car les vaisseaux, qui serpentent dans le tissu cellulaire d'union entre la vessie et l'utérus, sont de peu de volume et de maigre importance. L'incision dans le cul-de-sac antérieur du vagin ne peut nuire en aucune façon à la statistique de

l'utérus, tandis que l'incision en arrière du col expose à atteindre et à supprimer les ligaments utéro-sacrés. Pour ces diverses raisons, je me sens disposé à défendre chaudement l'élytrotomie antérieure comme voie d'accès dans les lésions du cul-de-sac vésico-utérin. J'ai même utilisé cette voie pour combattre les rétro-déviations utérines à l'instar de Dührsen et je n'ai eu qu'à m'en applaudir.

Dès l'ouverture des collections anté-utérines, je crois nécessaire d'agir sur la matrice couchée dans le bassin, afin de lui rendre une position normale; pour cela il n'est rien de mieux à mon avis, que les manœuvres du massage utérin combinées à la libération progressive des adhérences à l'aide du doigt introduit par l'incision d'élytrotomie jusque sur le fond de l'utérus. On voit souvent alors l'organe se redresser comme s'il était mû par un ressort.

Enfin, lorsqu'on a à traiter des collections plus complexes comme l'hématocèle supra-utérine dont l'épanchement réside à la fois en avant et en arrière de l'utérus, comme les suppurations post-puerpérales généralisées au péritoine pelvien avec envahissement des espaces anté et rétro-ligamentaires, il pourrait encore être préférable de recourir à l'élytrotomie. La laparotomie, en effet, ne peut assurer l'évacuation continue du liquide inclus dans la poche aussi bien que l'incision déclive. Je n'hésiterais pas, en pareille occurence, à pratiquer à la fois *l'élytrotomie posrieure* et *l'élytrotomie antérieure*, bien que l'épreuve d'une semblable intervention n'ait pas encore été tentée. Chacune de ces interventions n'ayant aucune gravité spéciale ni aucune conséquence fâcheuse pour la statique et l'intégrité des fonctions utérines, je ne craindrais pas de les associer dans les suppurations du péritoine pelvien. Je me hâte d'ajouter que dans bien des cas la laparotomie médiane ou latérale suivie de drainage, a suffi à guérir des pelvipéritonites suppurées très graves, mais en me basant sur mon expérience de l'élytrotomie, je crois pouvoir affirmer que cette opération guérit plus vite et avec moins de risques opératoires. J'ai traité il y a trois mois par la laparotomie latérale, une pelvi-péritonite puerpérale développée autour d'un kyste dermoïde du côté droit. La malade me fut adressée 15 jours après l'accouchement, en proie à une septicémie intense, avec des douleurs vives et une réaction péritonéale intense. Je

pratiquai la laparotomie sous-péritonéale au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, parce que la tuméfaction me semblait se présenter de ce côté, et aussi parce que les douleurs avaient en ce point leur maximum d'acuité. Bien m'en prit, car je tombai dans une immense poche purulente s'étendant dans la plus grande partie du pelvis, en avant de l'utérus rétroversé, et contenant dans sa cavité un kyste dermoïde suppuré du volume du poing. J'extirpai le kyste, et me contentai de drainer la poche à l'aide de deux tubes juxtaposés. La guérison mit à s'opérer six grandes semaines, après lesquelles la malade rentra chez elle complètement guérie. Je regrettai à plusieurs reprises de n'avoir pas installé le drainage abdomino-vaginal en décollant la vessie de l'utérus ; j'aurais pu hâter ainsi l'oblitération de la poche suppurante.

Cette observation, ajoutée aux précédentes, m'a convaincu de la préférence à accorder à la laparotomie lorsque les collections pelviennes se portent au-dessus du pubis ou vers les fosses iliaques internes, et de l'efficacité de la laparotomie combinée à l'élytrotomie dans ces cas. Pour les collections incluses dans le pelvis sans saillie appréciable au-dessus des régions inguino-pubiennes, l'élytrotomie simple ou les élytrotomies antérieure et postérieure combinées, me paraissent plus avantageuses, moins dangereuses, plus sûrement et plus rapidement efficaces.

III

Il me reste à envisager les collections développées dans les ligaments larges. Ce sont des collections sanguines, kystiques ou suppurées. Le siège de ces lésions a été fortement discuté jusqu'à ces dernières années, mais grâce aux nombreuses interventions tentées contre elles depuis les récents et immenses progrès de la gynécologie, la question est bien près d'être éclaircie. Je n'insisterai pas sur les hématocèles du ligament large, simples hématomes pour quelques-uns, auxquelles Gallard attribuait une si grande importance. Je n'ai jamais rencontré cette affection, mais je ne nie pas que ces hématomes, en se développant, puissent prendre peu à peu la forme, le siège et l'aspect de l'hématocèle anté-utérine, comme le prétendent Gallard, Schrœder, Boisleux, Surer. Il est incontestable que les collections nées

dans la partie supérieure des ligaments larges ont une grande tendance à se porter vers la face antérieure de l'utérus en refoulant plus ou moins le cul-de-sac vésico-utérin. Ce fait est surtout évident dans les collections suppurées, nées dans le voisinage des réseaux lymphatiques environnant les vaisseaux utéro-ovariens. Ces phlegmons interligamentaires sont de véritables adéno-lymphites qui, débutant au voisinage immédiat de l'utérus, se propagent en suivant les lymphatiques vers les ganglions lombaires. De là cette tendance souvent constatée du phlegmon interligamentaire à fuser vers les fosses iliaques. Si nous retenons ces deux faits utiles au point de vue thérapeutique : décollement vers la face postérieure et surtout antérieure de l'utérus, fusées vers la fosse iliaque, nous en conclurons aisément qu'il sera possible d'atteindre le pus soit par l'élytrotomie, soit par la laparotomie sous-péritonéale. Chacune de ces interventions a ses indications propres; chacune d'elles est à peu près sans danger, tandis que la laparotomie médiane expose directement à l'infection du péritoine. Je n'ai rencontré jusqu'ici qu'un seul cas de phlegmon supérieur du ligament large, et j'ai été sollicité par la disposition de la suppuration, par le siège des douleurs et la tuméfaction, à faire la laparotomie sous-péritonéale qui m'a conduit directement sur la collection. Ce fut une guérison rapide. S'il m'était donné d'observer une suppuration intraligamentaire située sur la face latérale de l'utérus, sans propagation vers les fosses iliaques, je tenterais assurément d'atteindre la collection par l'élytrotomie, sans ouvrir la séreuse péritonéale. Il suffirait, après l'incision, de décoller le tissu cellulaire au contact de l'utérus et jusqu'aux replis séreux, d'opérer ensuite un décollement secondaire vers le bord de l'organe jusqu'au phlegmon, en évitant toute violence qui pourrait amener la rupture des vaisseaux anastomosant les plexus utéro-ovariens avec les plexus environnant les artères utérines.

Les phlegmons se rencontrent encore à la base du ligament large, autour des lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions pelviens. Ces suppurations plus limitées, plus aisées à reconnaître, sont aussi d'un accès plus facile. On les incise directement sur la saillie qu'elles déterminent dans les culs-de-sacs latéraux du vagin ; leur guérison n'offre en général aucune difficulté sérieuse.

J'ai opéré 8 de ces phlegmons par l'incision vaginale ; la guérison s'est toujours opérée en une ou deux semaines. 4 fois la suppuration s'étendait en arrière du col dans l'espace cellulaire rétro-cervical et dans un cas, l'induration inflammatoire avait même gagné la base du ligament large du côté opposé. Ces accidents de suppuration intraligamentaire sont fréquents chez les femmes de mon service, à la suite des inflammations du col utérin et de l'endomètre. J'ai remarqué que les indurations lymphangitiques sont très communes chez ces malades surtout vers la base du ligament large ; parfois les 2 espaces cellulaires interligamentaires sont pris à la fois et l'utérus semble fixé sur les côtés par une gangue de tissus enflammés qui empêche toute mobilisation. Sous l'influence des injections antiseptiques, du curettage, et des lavages intra-utérins, la majorité de ces indurations se résoud et peu à peu disparaît.

On peut encore rencontrer dans les ligaments larges d'autres collections venant des trompes ou des ovaires. Il est rare que les salpingites se développent en dédoublant l'aileron correspondant du ligament large, mais le fait est connu, et Delbet le note en insistant sur les complications qu'il peut susciter au cours d'une laparotomie. Dans ces conditions, en effet, la décortication de la poche purulente est longue, pénible et périlleuse à cause des nombreux vaisseaux qui l'entourent. Au contraire, l'ouverture par l'élytrotomie est simple et sans péril. Toute l'importance réside dans le diagnostic ; or il n'est pas malaisé de reconnaître au toucher si une collection siège dans un ligament. En tout cas, une élytrotomie, exécutée pour une affection justiciable seulement de la laparotomie, n'aggrave pas le pronostic de cette dernière opération, elle peut même être utile au point de vue du drainage dans les cas difficiles. Ce matin même j'ai pratiqué chez une femme de 36 ans, qui me paraissait atteinte de phlegmon antéutérin, une élytrotomie antérieure. Le cul-de-sac vésico-utérin ouvert, le doigt rencontra une masse dure et résistante que je reconnus aussitôt être un fibrome du fond de l'utérus. Sans désemparer, je fis la laparotomie, et je mis à découvert un fibrome adhérent de tous côtés avec une ovaro-salpingite gauche. Je fis la décortication, puis l'ablation totale de l'utérus, du fibrome, des trompes et des ovaires, sans m'inquiéter en aucune façon de l'élytrotomie que j'avais faite auparavant.

Les collections kystiques intraligamentaires sont le plus souvent d'origine ovarique. L'ovaire scléro-kystique, de même que l'ovaire suppuré et les tumeurs de cet organe, ont une propension marquée à se développer vers l'espace virtuel interligamentaire. La chose est souvent vérifiée au cours de l'ovariotomie. Pour les petites tumeurs ovariques il en est de même, et on ne compte plus aujourd'hui le nombre des dermoïdes, des kystes de petit volume, qui ont été enlevés par la voie vaginale. J'ai pratiqué il y a quelques mois, avec le Dr Frœlich, une laparotomie chez une malade qui depuis longtemps souffrait de douleurs dans le bas-ventre et surtout dans les cuisses. Le ligament large droit était dur, tuméfié, très sensible au toucher ; l'utérus était fixe. J'hésitai à faire l'élytrotomie parce que je n'étais pas sûr de trouver du liquide.

Je ne voulus pas non plus faire l'hystérectomie vaginale parce que les annexes gauches me paraissaient indemnes. Le ventre ouvert, j'eus une certaine peine à pénétrer à travers les anses d'intestin grêle adhérentes jusqu'au ligament large considérablement épaissi. Je séparai péniblement la face postérieure de ce ligament des anses intestinales voisines, mais je ne trouvai pas l'ovaire. Comme le ligament restait volumineux, je séparai ses deux feuillets et je trouvai entre eux l'ovaire kystique et suppuré ; je n'enlevai cet organe qu'avec peine. L'opération se termina par l'hystéropexie et par le drainage. La malade guérit, mais je l'avais soumise à un traumatisme considérable : je me représentai combien les choses eussent été plus simples par l'élytrotomie.

En résumé, je crois qu'en matière de collections pelviennes, il faut être éclectique. Si la laparotomie est recommandable dans les collections élevées, de grand volume, en rapport avec des lésions des trompes ou avec des grossesses extra-utérines, je pense que l'élytrotomie est non moins indiquée pour les collections basses, bien limitées, que l'on atteindrait difficilement par les voies supérieures. A la portée de tous les médecins en cas d'urgence, l'élytrotomie postérieure trouve des applications multiples. Quant à l'élytrotomie antérieure, elle a été jusqu'ici fort peu pratiquée, si tant est qu'elle ait déjà l'objet d'une description spéciale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 novembre

OBSERVATION D'UNE AFFECTION PROBABLEMENT PARASITAIRE DE LA LANGUE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

M. PORAK relate l'observation d'un enfant né avant terme, débile, pesant 1.850 grammes, qui présenta sur la langue, quatre jours après sa naissance, des plaques blanches exhaussées, s'enlevant facilement par le frottement et laissant, sous elles, la surface de la muqueuse lisse et rose.

Pendant les deux jours où on les observa, en l'absence de tout traitement donné à l'enfant, ces plaques restèrent fixes comme nombre et comme aspect. Une fois enlevées, elles ne se sont pas reproduites. L'examen microscopique a montré qu'elles contenaient des filaments de mycélium et des éléments d'une levure spéciale, qui a pu être cultivée, sans cellules épithéliales. L'examen comparatif de la bouche d'enfants du même âge a démontré que, chez ces derniers, cette levure n'existait pas.

LÉSIONS VASCULAIRES DE L'UTÉRUS DANS LA MÉTRITE.

MM. PICHEVIN et PETIT, dans l'hystérectomie vaginale pratiquée chez une femme qui, depuis plusieurs années, avait des métrorrhagies abondantes, ont constaté les lésions suivantes : La muqueuse utérine n'était pas fongueuse, les parois étaient épaissies. Au microscope, on constate une multiplication considérable des vaisseaux avec augmentation de leur calibre et épaississement de leurs tuniques. Le tissu périvasculaire était lui-même plus épais. Quant aux capillaires, ils étaient élargis, les lymphatiques augmentés de volume. Le maximum des lésions s'observait au niveau de la couche moyenne de l'utérus où on remarquait un épaississement du tissu conjonctif, la présence de faisceaux fibreux volumineux et la disparition partielle de la fibre musculaire.

A PROPOS DE LA PÉRITONITE POST-OPÉRATOIRE

M. Pichevin, dans un cas de péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, fit une laparotomie deux jours après l'opération et trouva une péritonite généralisée, une certaine quantité de pus dans le péritoine ; lavage, guérison.

Le pus péritonéal contenait exclusivement des staphylocoques blancs.

Voici les résultats des expériences qu'il vient de faire sur les animaux :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques blancs, dans un bouillon étendu d'eau, ne produit pas de péritonite (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhouse, Burjinsky, contrairement à Pawlosky).

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en quinze jours.

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en cinq jours.

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte, dans la cavité péritonéale, du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite, mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans péritonite).

7° La virulence des staphylocoques s'accroît singulièrement par le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un lapin.

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le cœlome produit une inflammation péritonéale.

9° L'injection du sang et de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de 20 heures. La péritonite est déjà intense, 4 heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burjinsky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques, provenant du pus péritonéal de notre malade, introduits

dans le cœlome disparaissaient et étaient inoffensifs. Ces mêmes germes pathogènes, *après passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce que qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est contagieuse ; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés.

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et *surtout* du degré de virulence de germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant leur virulence, peuvent tuer les animaux en 14 jours, en 5 jours, en moins de 20 heures.

Après avoir étudié la symptomatologie de la septicémie péritonéale post-opératoire, M. Pichevin conclut que le lavage péritonéal est une ressource suprême. On doit le faire rapidement, et faire passer dans le péritoine 20 litres d'eau salée ou d'eau boriquée.

M. Nitot a fait, en 1893, une laparotomie pour péritonite post-opératoire; sa malade a guéri, mais depuis il a eu trois insuccès. Malgré tout, il est disposé, le cas échéant, à recourir de nouveau à l'ouverture et au lavage du péritoine.

M. Porak vient de cureter dans son service une femme atteinte de péritonite puerpérale, consécutive à la rétention d'un placenta fétide, l'avortement remontant à plusieurs jours. Dès le premier jour, la culture du sang révèle une grande quantité de streptocoques. Cela lui parut une contre-indication à la laparotomie et au lavage du péritoine. La femme succomba.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre.

DE LA « PUÉRICULTURE » INTRA-UTÉRINE.

M. Pinard. — J'avais remarqué depuis longtemps à la Clinique Baudelocque que les enfants les mieux portants étaient ceux des femmes qui, quelques jours avant leur accouchement, avaient été recueillies dans un des refuges consacrés aux femmes enceintes. J'ai cherché alors à me rendre exactement compte du fait en comparant le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soi-

gnées soit au refuge, soit au dortoir de la Clinique, et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement. Voici ce que j'ai constaté :

Le poids moyen des enfants des 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement a été de 3,016 grammes ; celui des enfants des 500 femmes ayant demeuré au moins dix jours au refuge a été de 3,290 grammes, et celui des enfants des 500 femmes ayant séjourné au dortoir de la Clinique Baudelocque a été 3,366 grammes. On voit par ces chiffres que le poids moyen des enfants des femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement est le plus faible, ce qui s'explique aisément par le surmenage auquel la plupart de ces femmes sont soumises.

Quand à la différence qui existe entre le poids des enfants de mon dortoir et celui des enfants du refuge, il s'explique par ce fait que dans le dortoir les multipares sont en majorité, tandis qu'au contraire, au refuge, ce sont les primipares qui sont les plus nombreuses. Or on sait, notamment depuis les recherches de M. Tarnier, que le poids moyen des enfants est plus élevé chez les multipares que chez les primipares.

Ce n'est donc pas la différence de soins, mais la différence de situation qui explique la différence de poids.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 17 *juillet* 1895.

CURE RADICALE D'ÉVENTRATIONS.

M. Goullioud présente deux femmes, opérées par lui, pour des éventrations importantes, et restées sans récidive, l'une depuis trois ans, l'autre depuis quatre ans.

La première (obs. V de son mémoire sur la prophylaxie et la cure de l'éventration opératoire, *Lyon méd.*, 1892) est une femme de soixante-sept ans, qui subit une ovariotomie en 1888 et eut, à la suite, une éventration considérable, qui s'accompagnait de renvois d'une sonorité très exceptionnelle, et d'une toux réflexe très pénible.

M. Goullioud dut réséquer le sac cloisonné par des poches secondaires et des adhérences épiploïques nombreuses. Une première suture des bords du sac, faite à mesure de la résection de

celui-ci, permit avec peine de réintégrer tout l'intestin dans la cavité péritonéale très réduite, mais ces bords cicatriciels auraient été impuissants à résister à la poussée intestinale. Aussi M. Goullioud fit-il, par-dessus, une suture plus solide, par son procédé ; une entaille longitudinale de l'aponévrose intérieure de la gaine des muscles droits, sur leur bord interne en un point rapproché des bords du sac, mais où l'aponévrose était bien distincte et solide, lui donna de chaque côté une lèvre aponévrotique interne et une lèvre aponévrotique externe. La suture des deux lèvres aponévroses avivées de la gaine des muscles droits par un fort surjet au catgut chromique avec points de renforcement, permit de reconstituer, à la place de l'éventration, une solide paroi abdominale qui, par suite de sa tension, formait une véritable sangle. Renvois et toux cessèrent dès lors.

La seconde malade (obs. IV du même mémoire) avait été envoyée à la Charité pour un prolapsus utérin irréductible, qui nécessitait une ventro-fixation. Pour donner à celle-ci un point d'appui solide, il fallut opérer d'abord une éventration de la ligne blanche consécutive à quatre grossesses. Ici, il n'était plus nécessaire de réséquer le sac, lisse et uni. Il fut donc simplement refoulé après exérèse facile d'ailleurs dans les cas de la couche cutanée. Le sac refoulé, une entaille longitudinale de chaque aponévrose antérieure de la gaine des muscles droits près de leur bord interne, donne deux lèvres aponévrotiques externes et internes. La suture des lèvres internes, par un premier surjet, constitua un premier plan qui maintenait l'éventration réduite. La suture par-dessus les lèvres aponévrotiques externes, c'est-à-dire la suture de l'aponévrose antérieure des gaines des muscles droits, avivée, forma le véritable soutien de la paroi abdominale reconstituée. A la partie inférieure, la cavité péritonéale fut ouverte de façon à comprendre la paroi antérieure de l'utérus dans la suture musculo-aponévrotique, selon le procédé d'hystéropexie de M. Laroyenne. Il y a un an, cette femme est accouchée à terme d'un gros enfant. L'accouchement a été normal et même prompt (une heure et demie). Bien qu'il s'agisse d'un de ces ventres flasques, et peu résistants, il n'y a récidive ni du prolapsus utérin, ni de l'éventration de la ligne blanche. Le résultat, datant de quatre ans, peut être considéré comme acquis.

SOCIÉTÉ ANGLAISE DE GYNÉCOLOGIE

CURETTAGE DE L'UTÉRUS.

La *Société gynécologique anglaise* a repris, dans sa dernière séance, la discussion du mémoire de M. Fancourt Barnes sur les difficultés du curettage.

M. Bellamy Gardner a vu pratiquer cinquante-sept fois l'opération par une douzaine de gynécologistes en renom de deux grands hôpitaux de Londres. D'après ce qu'il a observé, le col n'est parfaitement maintenu que si l'on applique une valve sur chaque lèvre, afin de bien égaliser la traction. La dilatation du col est facilitée par l'immersion des dilatateurs dans de l'eau très chaude. Les meilleurs dilatateurs sont les dilatateurs métalliques creux, à section longitudinale en forme de coin.

Les curettes ovales allongées ou en cuiller sont plus avantageuses. Après le curettage, la cavité doit être frottée de phénol iodé, un crayon d'iodoforme sera introduit dans l'utérus et on tamponnera le vagin avec la gaze iodoformée. Les débris enlevés seront soigneusement examinés au microscope.

M. Routh a renoncé aux tentes d'éponge, mais il se trouve très bien des tentes de laminaire qu'il prépare et stérilise lui-même avec le plus grand soin. Si l'orifice du col est très étroit, il attend la période menstruelle suivante pendant laquelle il y a toujours un certain degré de dilatation. Si le tissu utérin est induré, il le ramollit en introduisant au préalable des tampons de glycérine dans le vagin. Il ne recherche pas, d'ailleurs, une dilatation très considérable, car plus la dilatation est grande, plus sont grands les risques de perforation. Dans les cas de salpingite, le curettage de l'utérus guérit souvent la maladie des annexes, en sorte qu'on n'est pas obligé de les enlever plus tard.

Pour M. Heywood Smith, l'ongle ne peut servir de curette qu'en obstétrique ; dans les autres cas, la cavité est trop étroite pour que le doigt puisse être utile. On doit commencer la dilatation au moyen des tentes, on la complétant au besoin par les dilatateurs gradués ; il y a ainsi moins de chances de perforation. Quand il existe des complications du côté des ligaments larges, il est plus sûr d'attendre, pour opérer, que l'inflammation ait rétrocédé.

M. Macnaughton-Jones trouve que le débat n'apprend pas grand'chose de nouveau sur le curettage et qu'on a parlé surtout

de la dilatation de l'utérus. Il a depuis quinze ans employé la curette sans avoir jamais eu aucun accident. Il importe pour cela d'adopter les précautions rigoureuses d'antisepsie avant, pendant et après l'opération, d'assurer et de maintenir une dilatation suffisante du canal cervical, enfin de ne recourir à la curette que dans les cas particuliers qui la réclament. L'état inflammatoire du péritoine ou des annexes constitue une contre-indication absolue. Le meilleur moyen de dilater convenablement l'utérus est employer des tiges de laminaire de longueur et de grosseur suffisantes, aidées, au besoin et pour finir, des dilatateurs utérins ; il est, en effet, souvent indispensable d'explorer la cavité utérine avec le doigt. L'exploration est impossible quand l'utérus est fixé et situé haut dans le bassin. La forme et les dimensions de la curette doivent varier suivant les cas ; habituellement on peut en employer d'assez larges sans inconvénient. L'acide chromique en solution plus ou moins concentrée est d'une excellente application après le curettage. Dans le cas d'endométrite suppurée, M. Jones ne manque jamais d'introduire dans l'utérus de la gaze iodoformée et d'en tamponner ensuite le vagin. Contrairement à la pratique ordinaire, il enlève le tampon de gaze au bout de quarante-huit heures, lave l'utérus avec une solution antiseptique et replace un nouveau rouleau de gaze qu'il change ensuite toutes les vingt-quatre heures après irrigation antiseptique préalable. Le danger des tentes provient de ce qu'elles restent trop longtemps dans l'utérus ; autrement la dilatation est relativement facile et sans danger. Si la curette perfore un utérus friable, si elle est employée au hasard, dans tous les cas, la mort peut survenir : c'est la faute de l'opérateur et non du curettage qui lui a donné de merveilleux résultats dans les cas d'endométrite suppurée, d'endométrite granuleuse et plastique, de tumeurs adénomateuses de l'endométrium.

M. Bantock croit qu'il est impossible de pratiquer le curettage sans dilatation préalable. Il laisse la tente en place jusqu'à ce qu'elle sorte presque sans effort, et pense qu'il est moins dangereux de la laisser quarante-huit heures que de la changer deux fois par jour. L'éponge préparée ne lui a pas donné d'accidents ; son action est douce et, dans l'endométrite fongueuse en particulier, les granulations s'introduisent dans les mailles de l'éponge et sortent avec elle quand on la retire.

M. Fancourt Barnes croit pouvoir affirmer que ceux qui prétendent avoir pratiqué le curettage sans dilatation préalable n'ont jamais rien curetté du tout. Il constate avec plaisir que la plupart de ses collègues condamnent les tentes d'éponge, mais il regrette qu'on n'ait pas parlé davantage du drainage, car les cas les plus difficiles sont précisément ceux qui le réclament. Un crayon d'iodoforme lui paraît en remplir les indications mieux que la gaze iodoformée.

(*Bull. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

QUELQUES CAS D'AUTO-INFECTION PUERPÉRALE DUS A UNE AFFECTION SEPTIQUE PRÉEXISTANTE.

Il existe des cas d'infection puerpérale autochtone intéressants. Ainsi Cornil, cité par Widal (1), rapporte une observation d'auto-inoculation de la streptococcie puerpérale par les germes de l'érysipèle.

Une femme enceinte, atteinte d'un érysipèle phlycténoïde à la cuisse, avorte et succombe à la suite d'une infection puerpérale survenue peu de temps après l'accouchement.

L'autopsie démontre l'existence d'abcès miliaires dans le foie, les reins et d'autres viscères.

L'examen miscroscopique et bactériologique de la sérosité phlycténulaire du pus des abcès et du sang veineux du cadavre révèle la présence d'un seul agent morbide dans tous ces tissus pathologiques. Nous voulons parler du streptococcus pyogenes.

Dans ces circonstances, l'infection streptococcique est franchement de nature érysipélateuse et mérite à la lettre le nom d'érysipèle interne proposé avec tant de raison par Winckel.

Après avoir montré les conséquences graves de l'érysipèle chez les accouchées, nous allons parler des inconvénients causés par l'existence du furoncle chez les parturientes.

Le Clerc (2) rapporte un cas d'infection autogène survenant chez une accouchée qui, au moment de la délivrance, avait 3 furoncles

(1) Widal. — *Sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.* Thèse de la Faculté de Médecine. Paris 1889.

(2) Le Clerc. — *Septicémie puerpérale causée par un furoncle d'une garde malade*, in *Norm. Méd.*, n° I. 1892, p. 228.

sur l'avant-bras gauche. Grâce à ce concours de circonstances défavorables cette personne a été atteinte de fièvre puerpérale.

Si nous admettons non seulement une septicémie puerpérale érysipélateuse autochtone, mais encore une infection autogène d'origine furonculeuse, comment peut-on prouver que l'auto-infection a lieu par réinoculation des streptocoques qui, circulant dans le sang, viennent pulluler à la surface utérine ?

Chantemesse (*l'infection puerpérale*, Paris 1890) simule ce mode de contagion par une expérience de laboratoire facile à répéter : si l'on injecte dans l'oreille d'un lapin une petite quantité de streptocoques, on voit d'habitude l'animal guérir assez rapidement. Cependant si l'on produit artificiellement une forte entorse chez le sujet en expérience après l'inoculation, on trouve que l'articulation blessée présente de la rougeur, de la chaleur, puis se remplit d'une collection purulente farcie de streptocoques.

Il résulte de ces expériences qu'une femme ayant une affection septique locale *peut être exposée à l'infection autochtone après l'accouchement*, car on sait que les lésions de la matrice constituent la voie la plus généralement suivie par les germes pathogènes pour envahir l'économie.

Cependant on doit reconnaître que toute maladie infectieuse ne déterminera pas fatalement des accidents puerpéraux.

Voici un exemple probant tiré de notre pratique privée : l'épouse O., de Liége, ménagère, tertipare, illettrée, âgée alors de 44 ans, arrive au terme de sa dernière grossesse le 24 mai 1891.

Cette malheureuse, au moment de l'accouchement, présente un érysipèle chirurgical de la jambe droite.

Après avoir désinfecté nos mains et la plaie de la jambe de la parturiente avec une solution sublimée à 2 0/00, nous avons saupoudré la plaie d'iodoforme et recouvert le membre blessé d'un pansement à la gaze iodoformée recouverte d'ouate de Bruns.

L'accoucheuse, Mme *Sinnen-Philippet*, a été chargée de tous les soins de la toilette interne de la femme avec prière de ne pas toucher le membre endolori. L'enfant, du sexe masculin, bien portant et se présentant en O. I. G. A., est expulsé facilement.

L'épouse O... a échappé à un péril réel qu'elle ne soupçonnait guère. En effet, le peuple regarde « *la rose* » comme une affection bénigne curable par des *passes* originales.

Conclusion. — Chantemesse reconnait comme cause de l'infection

puerpérale autogène la pullulation dans la cavité de la matrice de germes véhiculés par le sang et provenant d'accidents septiques préexistants.

Dans la pratique, grâce à l'antisepsie, la réinoculation de streptocoques provenant de traumatismes situés en dehors de la sphère génitale et pouvant s'implanter à la face interne de l'utérus des accouchées ne se produit heureusement pas dans tous les cas observés.

(*Journ. d'Accouchement.*)

Dr Lambinon.

DE LA COLITE PSEUDO-MEMBRANEUSE CHEZ LES UTÉRINES,

Par le Dr Ozenne, chirurgien-adjoint de Saint-Lazare.

Depuis quelques années on a publié, en France et à l'Etranger, divers travaux sur une variété d'entérite, ou plutôt de colite chronique, dont les caractères particuliers ont permis de la considérer comme une entité morbide bien définie, malgré les doutes qui subsistent encore sur son origine nerveuse ou inflammatoire.

Suivant l'aspect et la nature des produits sécrétés par l'intestin, on lui a appliqué différentes dénominations, parmi lesquelles nous relevons les suivantes : *Entérite ou colite glaireuse*, *sèche*, *glutineuse*, *pseudo-membraneuse*. Le terme de colite doit être préféré à celui d'entérite, car les lésions que caractérise une sécrétion abondante de mucus par les glandes ont pour siège le gros intestin.

De son histoire générale je ne m'occuperai pas aujourd'hui ; je ne veux vous en soumettre que deux observations, prouvant que l'affection, ainsi que vous avez dû parfois le noter, coïncide avec les maladies des organes génitaux de la femme.

L'un de ces faits, sur lequel je passerai rapidement, car je n'ai pu en suivre à loisir tous les détails, concerne une jeune femme de 25 ans, atteinte depuis plus de deux années de cette variété de colite. Mariée il y a trois ans, cette malade, de constitution arthritique et facilement impressionnable, avait dû subir, un an avant son mariage, un curettage pour une métrite hémorrhagique, qui n'avait cédé à aucun autre moyen thérapeutique. L'opération fut suivie de succès, et quelques mois plus tard la jeune fille se mariait.

Peu de temps après apparaissaient les premiers symptômes douloureux du ventre avec expulsion de selles glaireuses et de mucosités épaisses affectant la forme de rubans allongés. Ces accidents ont per-

sisté malgré différents traitements, et actuellement, bien qu'un séjour à Plombières ait apporté quelque amélioration dans l'état local et surtout dans l'état général qui avait été fort déprimé, il existe encore, de temps en temps, quelques crises douloureuses suivies de l'expulsion de rubans pseudo-membraneux.

On note en outre chez cette malade, chez laquelle il y a de l'atonie intestinale sans entéroptose, l'existence d'un rein mobile qui, à plusieurs reprises, a donné lieu à des poussées congestives douloureuses.

Je n'insisterai pas davantage sur ce fait, un peu complexe, et dont les rapports de la métrite et de la colite peuvent, à la rigueur, donner lieu à une discussion critique. J'arrive tout de suite à une deuxième observation plus probante.

L'année dernière, je voyais en consultation, avec le Dr Buhot, d'Ecouché, une femme de 26 ans, nullipare, mariée depuis quelques années et atteinte d'endométrite chronique, accompagnée de rétroflexion de l'utérus. Les ovaires et les trompes n'offraient aucune lésion sensible ; c'est un point sur lequel mes investigations avaient été d'autant plus minutieuses que la malade avait accusé, à plusieurs reprises, des douleurs au niveau des fosses iliaques.

Bien que chez cette femme, jeune à tous les points de vue, j'eusse à tenir compte d'un certain degré d'éréthisme nerveux, alors plus accentué qu'à l'état normal, j'avais à rechercher si la pathogénie des phénomènes douloureux pelviens ne devait pas être rapportée à quelque lésion de voisinage ; et, de fait, j'en acquis bien vite la conviction par un interrogatoire portant sur les fonctions habituelles de l'intestin.

En effet, pendant les premiers mois de l'affection utérine, les voies digestives étaient tout d'abord restées intactes ; puis, peu à peu, les garde-robes étaient devenues irrégulières jusqu'au jour où la constipation s'était définitivement installée, à peine vaincue de temps à autre par des purgatifs.

C'est à cette époque que la malade avait commencé à souffrir d'une façon intermittente dans le bas-ventre, et qu'un jour elle s'était aperçue, après une évacuation alvine qui avait été précédée de douleurs plus fortes, qu'elle avait rendu des peaux blanches à la suite des garde-robes.

Pendant plusieurs mois les mêmes accidents s'étaient renouvelés avec une fréquence et une intensité variables, et, dans les derniers temps, ces accidents avaient contribué à provoquer diverses manifes-

tations nerveuses,qui ne pouvaient être mises sur le compte de l'endométrite.

Les douleurs étaient intermittentes et paroxystiques ; tout en ayant leur summum d'intensité au niveau de la fosse iliaque gauche et de la cavité pelvienne, elles s'irradiaient constamment vers la partie supérieure du ventre en suivant le trajet des côlons.

Souvent elles se montraient plus violentes aux époques menstruelles, mais parfois elles apparaissaient, dans leur intervalle, presque toujours après une période de constipation, et elles ne disparaissaient qu'après une évacuation de l'intestin et l'expulsion de pseudo-membranes glaireuses, ou de peaux blanchâtres enroulées sur elles-mêmes. C'est à la suite de l'une de ces crises que la malade avait réclamé une intervention utérine, persuadée que l'inflammation de la matrice était la seule cause de ses souffrances.

En présence de ces lésions d'ordre différent, que j'avais déjà rencontrées chez plusieurs malades atteintes de métro-salpingo-ovarite sans me rendre compte exact des rapports qu'elles pouvaient avoir entre elles, il me sembla tout d'abord nécessaire de commencer le traitement par un curetage. L'opération fut suivie d'un bon résultat, et depuis dix-huit mois qu'elle a été faite, tout signe de métrite a disparu.

Quant à la colite pseudo-membraneuse, au sujet de laquelle la thérapeutique, en général, a varié au point qu'il est actuellement difficile de prescrire à coup sûr une médication efficace, je l'ai combattue par un régime en grande partie diététique.

Le lait coupé avec une eau minérale alcaline ou sous forme de potages et les substances alimentaires de digestion facile ont été tout d'abord utilisés. Tout purgatif a été proscrit et remplacé par des lavements laxatifs ; de plus, chaque jour, des injections intestinales ont été pratiquées avec une solution boriquée tiède.

Sous l'influence de ce traitement, auquel la malade ajoutait quotidiennement une friction sèche générale et quelques heures de promenade, les troubles intestinaux ont assez rapidement diminué. Dans les deux premiers mois il n'est survenu que quelques crises beaucoup moins douloureuses, l'excrétion pseudo-membraneuse s'est graduellement amoindrie, et, au mois de septembre dernier, la guéri son paraissait définitive.

— L'idée de vous faire cette communication m'a été suggérée

par la lecture d'une note, que M. le Dr Eugène Monod (1) a publiée cette année, sur ce sujet, dans les *Annales de la Policlinique de Bordeaux*.

Après avoir relaté six observations d'entérite pseudo-membraneuse coïncidant avec des lésions utérines (métrite et dysménorrhée pseudo-membraneuse), notre confrère estime, d'après ses souvenirs de clinique, que cette coïncidence des deux affections est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et il en déduit avec raison qu'il est important, au point de vue diagnostique et thérapeutique, de bien analyser les symptômes douloureux chez les utérines, pour être à même de les rapporter à leur véritable cause.

En ce qui concerne cette dernière le Dr Monod, tout en reconnaissant que chez les femmes névropathes, la constipation, d'origine mécanique (rétroflexion ou rétroversion utérines) ou de toute autre origine, joue un rôle prépondérant dans la production de l'entérite, émet cette opinion qu'il semble rationnel d'admettre parfois une propagation à l'intestin de l'inflammation utérine ou péri-utérine.

Quoi qu'il en soit de cette question de pathogénie, qui reste encore à l'étude, et quelque opinion que l'on ait sur les rapports des maladies utérines et de la colite pseudo-membraneuse, j'ai pensé que notre Société voudrait bien accueillir la relation des faits que je viens de rapporter.

(*Gazette de gynéc.*)

NOTE SUR UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE AVEC BRIDE VAGINALE VERTICALE

Par M. Gabriel Roux (2).

Pendant notre séjour dans le service de M. le Dr Cénas, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'anomalie des organes génitaux de la femme. Cette question, qui intéresse les anatomistes et les accoucheurs, a été l'objet de nombreuses publications, mais un fait clinique est toujours intéressant quand il vient à l'appui des conceptions pathogéniques et embryologiques.

Eléonore P..., âgée de 22 ans, entre le 12 septembre 1893 dans le service de M. le Dr Cénas, pour une uréthrite avec des végétations et des ulcérations de la marge de l'anus.

(1) E. Monod : *De l'entérite pseudo-membraneuse en gynécologie*. (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, mai 1893.)

(2) *Loire médicale*.

Réglée depuis l'âge de 12 ans ; les règles sont très abondantes, irrégulières, revenant seulement tous les trois mois, légèrement douloureuses au début et revenant quelquefois quelques jours après.

Examinée au spéculum, on voit au fond du vagin deux cols séparés par une bride verticale.

La bride proprement dite mesure un peu moins de trois centimètres de longueur et un demi-centimètre de largeur dans le point le plus resserré. De là elle s'étale à chaque extrémité en même temps qu'elle s'élargit considérablement et que le sillon médian s'accentue ; finalement elle se bifurque. Chaque bifurcation s'étale de plus en plus au point de former une membrane présentant quatre centimètres de large, sillonnée de plis radiés et qui va se perdre en arrière avec la paroi du cul-de-sac postérieur.

Le bord antérieur de chaque bifurcation, épais de trois millimètres en moyenne, se porte en arrière et va se confondre avec la bifurcation correspondante, partie de l'autre extrémité de la bride.

La disposition est en somme la même à chaque extrémité de la bride, mais l'étalement de l'extrémité postérieure occupe une surface plus étendue que celle de l'extrémité antérieure.

Schématiquement, la bride avec ses implantations rappelle la disposition de lunettes de cantonnier qui seraient accolées l'une à l'autre.

L'espace libre qu'occuperait le verre laisse voir toute l'extrémité du col à gauche, la moitié seulement de sa partie externe à droite.

Le plan d'un orifice utérin forme, avec celui du côté opposé, un angle dièdre ouvert en haut. Quant aux expansions, elles se confondent avec les parois correspondantes des culs-de-sac antérieur latéraux et postérieur : tandis que la bride est très large en avant et en arrière, elle est au contraire très courte, haute de 1 millimètre seulement au niveau du cul-de-sac antérieur. La bride elle-même forme comme une sangle chargée de suspendre les deux cols.

Elle est adhérente à eux, appliquée dans le sillon de séparation des deux cols ; on essaye en vain de passer l'hystéromètre sur sa face postérieure. Elle cache la plus grande partie du col droit. Pour voir l'orifice de ce dernier, on est obligé de tordre la bride sur le côté gauche.

Les cols ne sont pas complètement adhérents, un mince sillon les sépare en avant. Le col gauche s'avance à un centimètre plus bas que le col droit, leur diamètre est de deux centimètres seulement.

Il est impossible d'enfoncer l'hystéromètre à plus d'un centimètre à droite comme à gauche.

Au toucher vaginal, on trouve des culs-de-sac extrêmement libres. La palpation abdominale révèle le petit volume de l'utérus.

La littérature anatomique renferme déjà un certain nombre de cas bien constatés d'utérus double, et pour ne parler que des plus connus, nous citerons ceux de Lefort, Courty, Ollivier, Eisenmann et Hergott. De même pour les cloisons du vagin depuis le double vagin absolument complet et les brides vaginales associées aux anomalies utérines jusqu'aux cloisonnements du vagin simple.

Dans ce dernier cas, on distingue les brides vaginales en verticales profondes, ayant la même origine que les malformations utérines ; et en verticales superficielles (de Sinéty, *Annales de Gynécologie*, 1882), ayant pour point d'attache le tubercule du vagin, ou dues à une anomalie ou rupture incomplète de l'hymen ; en transversales. Soller (*Lyon médical*), 1882) a décrit une valvule implantée sur la face postéro-supérieure du vagin, et Repiquet (*Bulletin de la Société d'Agriculture de la Loire*) a décrit chez la vache une bride transversale congénitale et la donne comme cause de stérilité.

Mais les deux dernières variétés reconnaissent pour origine un arrêt dans le développement du segment moyen ou inférieur du conduit uro-génital, c'est-à-dire la dépression vulvaire et la résorption de la cloison recto-vaginale. Aussi ne nous en occuperons-nous pas.

Cette duplicité de l'utérus est plus apparente que réelle et résulte d'un arrêt de développement et non d'une superfétation.

Le conduit utéro-vaginal est formé aux dépens du cordon génital, et, dans ce dernier, composé des conduits de Wolff et de Muller, ceux-ci occupent le milieu accolés l'un à l'autre. Ils se soudent dans la partie moyenne de leur segment terminal et si on les suit en commençant par en bas, on les voit séparés et distincts, puis un peu plus haut, réunis, puis plus haut séparés de nouveau, enfin leur soudure s'achève dans leur partie terminale et ils sont confondus dans toute leur partie inférieure qui forme l'utérus et le vagin.

Cependant, malgré leur réunion apparente, les deux cavités persistent, séparées par une cloison antéro-postérieure, qui est le plan de soudure des deux tubes primitifs, et comme la résorption se fait de bas en haut, l'organe médian et double devient une cavité unique.

Mais pour des raisons peu connues, le processus formateur peut s'arrêter à un stade quelconque et on aura les malformations qui

varieront morphologiquement, suivant le moment de la perturbation.

Tout à fait au début on aura deux vagins et deux utérus, un peu plus tard un vagin cloisonné et deux utérus ou un vagin unique et utérus double, enfin un seul vagin et un seul utérus, mais dont les extrémités supérieures sont restées indépendantes : utérus bicorne.

Notre observation rentre donc dans la deuxième catégorie, et cette anomalie est donc formée aux dépens des canaux de Muller, la bride étant le dernier vestige de la cloison séparant les deux tubes primitifs.

Du reste, toutes ces anomalies, qui ne sont que des formes embryonnaires qui ont persisté, se rencontrent comme type constant dans la série animale. Chez les marsupiaux on trouve deux utérus et deux vagins, chez les lapins et les écureuils deux utérus et un seul vagin.

Enfin, au point de vue physiologique, ces deux utérus ont leurs fonctions absolument distinctes ; ils peuvent, si leur conduit est perméable, recevoir et porter chacun le produit de conception et la fluxion utéro-ovarienne menstruelle peut être distincte dans les deux systèmes, aussi les règles peuvent revenir quelques jours après leur cessation, provenant d'un second utérus. Cette particularité est déjà indiquée dans l'observation d'Hergott et avait attiré l'attention de notre malade.

SUR LA DOULEUR INTERMENSTRUELLE.

Nous avons attiré l'attention sur les faits curieux de douleur périodique intermenstruelle et en particulier sur une observation très intéressante de M. le Dr Sorel (de Villers-Bretonneux), sur ce sujet. Cette observation, poursuivie pendant près de 10 ans, depuis cette époque vient d'être complétée par M. Sorel dans la *Gazette médicale de Picardie.* Il s'agissait d'une douleur prenant très subitement dans le bas-ventre, d'un côté ou de l'autre, se propageant ensuite à tout l'hypogastre, avec lourdeur dans les reins, pesanteur au périnée, ne s'exagérant pas par la pression, donnant lieu à des nausées et quelquefois assez vive pour empêcher la station debout, enfin se produisant à une époque à peu près fixe avant les règles.

Dans ce cas particulier, cette douleur avait lieu onze jours à peu près après les règles, et surtout 14 jours environ avant les suivantes.

M. Sorel a noté, comme il y a neuf ans, les dates des règles, de la douleur, et il a vu que pendant quatre années (de 1880 à 1884) les faits se sont reproduits comme pendant les dix années précédentes.

A ce moment la personne qui fait l'objet de cette observation arri-

vant à l'âge de 44 ans, les menstrues sont venues plus irrégulièrement et l'intervalle entre la douleur et les règles a aussi varié ; enfin, depuis 18 mois que les règles ne viennent plus, la douleur dont il s'agit a elle-même cessé d'exister ou a été à peine indiquée et ces quelques sensations ont souvent été suivies, après 12 ou 15 jours, de bouffées de chaleur intense.

A part ces bouffées de chaleur si pénible, ainsi que de nombreuses et plus fortes migraines, la personne conserve une bonne santé.

Cette douleur était donc bien liée à la fonction intermenstruelle, comme M. Sorel le supposait il y a bientôt neuf ans, et comme le pensait l'auteur anglais qui avait traité cette question dans le *British medical Journal*, en janvier 1872.

Cette observation, qui a été suivie avec une persévérance rare, est intéressante à plusieurs points de vue : d'abord la connaissance de ces phénomènes peut renseigner beaucoup au point de vue du diagnostic ; quand on est appelé chez une femme pour une douleur vive dans le bas-ventre ayant ces caractères de périodicité, on doit penser à ce genre d'indisposition et se contenter de conseiller les calmants, le repos horizontal et attendre ; en second lieu, quand une personne y est sujette, elle arrive à prévoir quel jour à peu près elle pourra en être atteinte. Enfin, quand le cas est bien régulier et bien observé, une femme peut avoir de grandes probabilités pour savoir le jour où les règles viendront, ce qui a aussi son importance pour beaucoup de femmes et pour certains états maladifs.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE D'ORIGINE GÉNITALE. — LAPAROTOMIE. GUÉRISON. — CONSIDÉRATIONS CRITIQUES,

Par M. le professeur agrégé Emilio CURATULO. (In *Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia*, n° 6.)

Un fait clinique de plus, ce n'est pas une rareté, et les observations d'interventions chirurgicales heureuses dans la tuberculose du péritoine sont maintenant fort nombreuses et, on peut le dire, sont devenues classiques.

Pourquoi guérit-on la péritonite tuberculeuse par la laparotomie ? Pourquoi l'exposition pure et simple du péritoine à la lumière est-elle suffisante pour amener peu à peu la régression des éléments

tuberculeux disséminés sur la grande séreuse ?... On ne le sait pas encore d'une façon bien nette ; le fait existe, c'est suffisant.

Le nouveau cas de notre confrère italien est une unité de plus à ajouter à la série. Il s'agit d'une femme de 30 ans, bien portante, ayant eu deux enfants dans de bonnes conditions, et normalement développée. Depuis un ans ses règles sont abondantes et irrégulières ; on la curette vainement ; la maigreur et les douleurs abdominales s'accentuent avec fièvre hectique et sueurs ; l'abdomen augmente de volume et 5 ponctions sont pratiquées. Rien ailleurs d'anormal.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse d'origine génitale s'impose, et, probablement, le curettage avait aidé à la diffusion du processus ; il n'y avait dès lors qu'à tenter les chances d'une laparotomie. Le ventre fut donc ouvert et l'on constata sur les organes abdominaux une nuée de tubercules miliaires grisâtres disséminés. Un mois après, les règles étaient revenues normales et la malade était guérie... du moins en apparence. Cet état n'a fait que se maintenir ; mais pourtant, un an après l'opération, à la suite d'excès de danse, il survint des symptômes d'étranglement intestinal qui enlevèrent la malade.

Lawerstein a pu dire que la sécheresse et la lumière étaient fatales au bacille de la tuberculose, d'où l'utilité de la laparotomie qui vide la cavité et expose la séreuse à la lumière.

Cameron en attribue les bénéfices à l'expulsion des ptomaïnes sécrétées par les bacilles et accumulées dans le liquide ascitique, lequel, réabsorbé, aurait pu porter l'infection dans les autres organes.

Wan de Warker émet la théorie que les tubercules produisent un processus inflammatoire sur le péritoine qui devient ainsi un milieu de culture pour les bacilles, et que, en combattant l'inflammation, on favorise l'action régressive de l'infection spécifique.

Vierordt croit que l'issue du liquide enlève un obstacle à la fonction circulatoire et respiratoire qui détruit ainsi l'effet paralysant du péritoine enflammé sur la musculature de l'intestin qui était cause d'auto-intoxication par rétention des fèces.

D'autres, et c'est le plus grand nombre, s'accordent à reconnaître que la laparotomie favorise simplement un processus régressif et la dégénérescence fibreuse du tubercule, et que les adhérences mêmes qui se forment dans le péritoine après l'opération peuvent avoir un certain rôle dans cette sclérose périgranulaire.

Pour Kiscensky, et d'après de nombreuses expériences, la guérison est un fait de pure phagocytose.

Pour l'auteur, enfin, il est hors de doute que l'évacuation du liquide produit sur la séreuse une hyperhémie *ex vacuo* qui, dans les conditions anormales de l'épithélium péritonéal, provoque une phlogose et, par là même, le processus de phagocytose et de sclérose périgranulaire, à la suite de laquelle s'arrête l'évolution tuberculeuse.

C'est peut-être un peu obscur, et, pour nous, nous préférons avouer que la science n'a pas encore donné une explication satisfaisante de cet étrange phénomène, et que de nouvelles expériences sont à faire pour élucider ce point curieux de la pathologie chirurgicale.

DU TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN DES COLLECTIONS TUBAIRES,

Par M. A. TANGUY. Th. 1894 (Henri Jouve).

Un certain nombre de collections tubaires peuvent être évacuées et guéries par le traitement intra-utérin : dilatation et drainage.

La méthode ne réussit pas quand il y a oblitération complète du segment interne de la trompe ; si la trompe présente une série de rétrécissements et de bosselures ; des coudures brusques qui gênent l'évacuation du contenu.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CONSERVATEUR DANS LES CAS D'OVARO-SALPINGITE. (Ignipuncture, traitement de Martin),

Par M. EMILE RAGUIN. Th. 1894 (Henri Jouve).

L'ignipuncture paraît donner de bons résultats dans l'ovarite diffuse et dans la dégénérescence sclérokystique de l'ovaire. Il faut que la trompe soit perméable pour songer à cette intervention.

VARIÉTÉS

LES ACCOUCHEMENTS DES FEMMES EUROPÉENNES AU CONGO, par le docteur E. REYTTER, médecin de l'Etat à Boma. — Voici, très succinctement rapportées, quelques observations que j'ai faites, les deux dernières années de mon séjour en Afrique (1893-95), sur la question : grossesse, accouchements et élevage des enfants chez les femmes européennes, dans le Bas-Congo.

Quatre femmes d'Européens, dont deux primipares et deux pluripares ayant toutes un an à deux ans de séjour dans le Bas-Congo, ont

eu : une période de grossesse normale, sans souffrances ni menaces d'avortement ; un accouchement facile, parfaitement à terme, et des suites de couches absolument normales et sans fièvre.

Il va sans dire que les soins hygiéniques et les précautions d'antisepsie usuels en pareils cas, n'ont pas été négligés.

Toutes avaient eu auparavant déjà des fièvres légères, mais de nature malarienne : caractérisées par l'absence d'intermittence régulière, d'anémie, de coloration spéciale des tissus, et par un retour prompt à la santé, grâce à un traitement purement diétique.

Les enfants, bien constitués et de poids normal, ont été élevés, sans inconvénient, par l'allaitement artificiel : lait conservé (Anglo-Swiss Condensed Milk) ou le lait de chèvre. Le lait maternel a tari assez rapidement, mais sans souffrance ou fièvre.

Un de ces enfants a séjourné à Boma, vingt-deux mois après la naissance, s'est toujours bien porté et a fait une partie de sa dentition sans aucun trouble sérieux et presque sans qu'il y eût douleur et réaction nerveuse.

La mère de cet enfant était de nouveau enceinte de près de huit mois, lorsqu'elle est rentrée en Europe, après un séjour de quatre ans au Congo, entreprenant, dans cette position, un voyage de trente jours de mer sans crainte, et le faisant sans inconvénient.

L'accouchement, normal du reste, eut lieu dix-huit jours après sa rentrée en Belgique.

— De ce qui précède, je me permets de conclure que dans le cas où les sujets ne sont pas impaludés (ou le seraient très peu) par suite des bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent : la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et l'élevage des nouveau-nés évoluent normalement comme en Europe.

Dans les quatre cas cités, les deux pluripares ont spontanément déclaré qu'elles avaient souffert : avant et après leurs couches, moins en Afrique qu'en Europe.

(*La Clinique.*)

—

PRÉJUGÉS OBSTÉTRICAUX. — Dans une statistique des accouchements qu'il a pratiqués à l'hôpital de Honfleur, M. le D[r] E. Massart fait allusion à un certain nombre de préjugés obstétricaux plus que bizarres, qui ont cours encore en Normandie, à l'heure actuelle. C'est ainsi que notre confrère a dû se résigner, pendant quelques années — sous peine de compromettre presque sûrement sa situation — à met-

tre les parturientes sur une paillasse posée à terre et exposée forcément aux courants d'air. Ce n'est que peu à peu qu'il a pu décider les femmes à accoucher sur un lit.

Un autre préjugé, désastreux celui-là, était qu'il fallait, pour accoucher, employer des draps et du linge qui avaient servi. Le linge propre, disait-on, déterminait des pertes ; aussi, ne se faisait-on pas faute d'apporter des draps sales. Là où on était plus propre, il ne fallait que des draps échangés ; les draps qui avaient été à la lessive ne valaient rien.

La lune garde encore parmi ces populations maritimes son ancienne influence. Pour savoir le jour et même l'heure où une femme va accoucher, on consulte les phases de ce satellite de la terre. Elle passe aussi pour avoir une influence sur le sexe de l'enfant prochain.

Ce n'est pas tout. Les matrones de ces pays prétendent qu'à la seule inspection du cordon le médecin peut prédire le nombre d'enfants que la femme aura encore.

Les filles viennent, dit-on, la face en avant, les garçons la face en arrière, ou, pour parler le langage du crû, les filles sur le dos, les garçons sur le ventre.

Dans la chambre de l'accouchée, il ne faut jamais qu'il y ait trois lumières ; cela porte malheur.

Tous ces préjugés, ajoute notre confrère (*Année médicale de Caen*) diminuent de jour en jour, mais ils sont tellement enracinés qu'ils dureront longtemps encore ; pour certains, c'est presque un article de foi.

M. Massart termine son travail par un fait presque incroyable, dont il aurait douté, dit-il, s'il n'en avait été le témoin et qui prouve la résistance de certaines femmes en matière d'accouchements.

Pendant le grand hiver de 1880, une femme arrive dans la journée à l'hôpital de Honfleur avec deux nouveaux-nés enveloppés dans une mauvaise couverture qu'on lui avait prêtée. C'était une vagabonde, qui avait accouché *la nuit précédente*, seule, dans un abri à bestiaux. Elle s'était délivrée seule, et, le lendemain, elle faisait à pied, avec ses deux nouveau-nés, un trajet de quatre lieues environ pour arriver à l'hôpital de Honfleur. Un mois après, elle en sortait en parfait état avec ses deux enfants bien portants !

(*L'Echo médical de Toulouse*.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

134. — Injections de sérum artificiel en obstétrique. — M. Audebert. J'ai employé les injections de sérum artificiel :

1° Après les hémorrhagies graves, pendant ou après l'accouchement ou l'avortement ;

2° Chez les éclamptiques ;

3° Chez les femmes atteintes d'auto-intoxications de forme, d'origine et de gravité variables et à symptômes très divers : vomissements, petits accidents du brightisme, etc.

Les résultats ont été excessivement satisfaisants ;

4° Chez les nouveau-nés, prématurés, débiles ou athrepsiés ; les résultats ont été assez bons chez les prématurés, nuls chez les enfants athrepsiés.

Je me sers d'un appareil que voici : il est entièrement en verre et par conséquent d'une asepsie très facile ; l'écoulement est obtenu par la pression atmosphérique.

J'injecte une quantité de sérum qui varie de 300 à 1.000 c. c. chez les adultes, de 10 à 30 c. c. chez les enfants ; de préférence dans les flancs ou le sillon rétro-trochantérien.

Je n'ai jamais eu d'accidents, seulement un peu de douleur, un peu d'excitation cérébrale et une légère élévation de température (1/2 degré environ).

M. Cordes, de Genève, dit que ces injections agissent non seulement en augmentant la masse totale du sang, mais aussi en facilitant l'hématose.

M. Tarnier est d'avis que l'emploi du sérum artificiel est d'un grand avantage après les fortes hémorrhagies, mais ses avantages sont peut-être encore un peu douteux dans le traitement de l'éclampsie.

M. Audebert emploie toujours la même pression. M. Lefour croit, au contraire, que la hauteur de l'appareil doit varier, suivant la tension intra-vasculaire du sujet. Il se sert du flacon de Mariotte avec lequel la pression reste toujours la même pendant toute la durée de l'écoulement du liquide.

***

135. — De l'intervention par la voie rétro-vaginale dans certains cas d'atrésie acquise du vagin. — M. HEYDENREICH, doyen de la Faculté de médecine de Nancy. Les atrésies acquises du vagin succèdent d'ordinaire à des lésions traumatiques ou ulcéreuses. Aussi s'accompagnent-elles souvent de formations cicatricielles étendues, qui englobent plus ou moins les organes voisins et créent des difficultés au chirurgien dans le traitement de ces atrésies. Il est arrivé que des opérateurs, en cherchant le bout supérieur du vagin, aient pénétré dans la vessie ou dans le rectum.

M. Heydenreich est d'avis que, dans ces cas, il faut aborder par la voie rétro-vaginale la collection de sang menstruel formée en arrière de l'atrésie. En incisant la paroi postérieure du vagin, au-dessous du niveau de l'atrésie, en décollant ensuite de bas en haut le rectum d'avec le vagin, on arrive jusqu'à la collection sanguine. Les manœuvres peuvent être facilitées par l'introduction d'un doigt dans le rectum. On parvient ainsi à ouvrir la collection avec une asepsie parfaite. Il est facile ultérieurement, en passant des sondes dans l'ouverture, d'empêcher celle-ci de se rétrécir et de se fermer.

A l'appui de son opinion, M. Heydenreich relate l'observation d'une femme de 36 ans, qui, à la suite d'un accouchement laborieux, présenta une atrésie complète du vagin. Il s'était formé un hématocolpos, dont la limite inférieure se trouvait à 4 centimètres au-dessus du point où l'on constatait l'atrésie. L'opération, pratiquée suivant le plan précédemment indiqué, donna issue à 500 centimètres cubes de sang liquide, de couleur brune. L'ouverture ayant eu ultérieurement une certaine tendance à se rétrécir, des bougies y furent régulièrement introduites.

L'opération a été facile et très simple dans ses suites. M. Heydenreich arrive à la conclusion que l'intervention par la voie rétro-vaginale permet d'arriver avec sûreté et d'une manière méthodique sur la collection que l'on se propose d'ouvrir. Dans un grand nombre de cas d'atrésie acquise du vagin, c'est la méthode de choix.



136. — Du traitement des douleurs vulvaires chez les accouchées. — Les sensations douloureuses qu'éprouve, à la vulve, par suite des érosions superficielles et de la compression des parties molles, la femme qui vient d'accoucher, ne sont généralement l'objet d'aucuns soins spéciaux de la part du médecin, bien qu'elles

soient souvent fort pénibles et assez persistantes. Or, le Dr T. Ridgway Barker (de Philadelphie) a trouvé qu'on peut calmer facilement ces douleurs par l'application de compresses chaudes, moyen simple et anodin que notre confrère ne manque pas d'employer chez toutes les nouvelles accouchées aussitôt après la délivrance.

Dans ce but, il se sert d'une compresse large de 6 et longue de 9 centimètres, qu'on trempe dans de l'eau très chaude additionnée de 50 à 60 grammes d'extrait fluide d'hammamelis par litre ; on l'exprime, puis on l'applique sur la vulve et on recouvre d'une étoffe imperméable. Il va sans dire qu'il faut avoir soin que la compresse, tout en étant aussi chaude que possible, ne puisse pas provoquer de brûlures.

Ces compresses doivent être renouvelées tous les quarts d'heure pendant les trois premières heures qui suivent la délivrance, puis toutes les trente minutes pendant les six heures suivantes, et, enfin, à des intervalles de plus en plus espacés. (*Semaine médicale.*)



137. — Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins, par le Dr Jouin. — Conclusions :

La méthode de Brown-Séquard, qui repose sur la notion physiologique très vraie des sécrétions internes de certaines glandes, est loin d'avoir en thérapeutique, dit son dernier mot.

Après l'exagération des adeptes qui croyaient trouver dans cette méthode une panacée pour tous les maux, nous avons eu une réaction salutaire et dont il faut savoir tenir compte.

Mais la méthode reste, et fait tous les jours des conquêtes appréciables.

Avons-nous, heureusement servi par le hasard, eu le bonheur d'en trouver une application bien imprévue dans la thérapeutique d'une affection qui, jusqu'à présent, échappait à toute médication interne ? Nous osons l'espérer, bien que nos cas ne soient pas assez nombreux pour nous permettre de l'affirmer d'une façon absolue et définitive.



138. — Traitement nouveau de l'éclampsie. — Mc. Allister ayant constaté chez les éclamptiques la rapidité et la force du pouls, a songé à donner aux malades atteints d'éclampsie l'ellébore vert qui diminue d'abord la force du pouls et puis le rend très lent, mou et dépressible.

Trois minutes après l'injection sous-cutanée d'une dose ordinaire

de teinture d'ellébore, le pouls tombe de 144 à 72 pulsations. L'auteur administre 15 *gouttes* de teinture dans du whisky. Souvent une seule dose suffit pour couper les accès. Parfois le retour des convulsions éclamptiques vous oblige à renouveler le traitement.

On sait que Davis (de Montevallo) injecte en une fois aux éclamptiques 25 à 30 gouttes de teinture d'ellébore. Il a eu beaucoup à se louer de cette médication.

Rogers a traité dix femmes éclamptiques par l'ellébore et elles ont toutes guéri.

Les inconvénients des doses élevées de ce produit spécial sont les nausées et un état voisin du collapsus. Si ce dernier signe apparaissait, on ne pourrait évidemment songer un seul instant à l'usage des injections de morphine tant vantées en Allemagne contre l'éclampsie.

L'ellébore vert, dont l'action est due à la jervine et à certaines autres de ses alcaloïdes, a été utilisée autrefois comme déprimant cardiaque dans le cours des affections inflammatoires ; toutefois, cet emploi ne s'est pas généralisé.

FORMULARIE

Du lavage de la cavité utérine après le curettage. (Jules Chéron.)

Après le curettage, les lavages de la cavité utérine présentent de réels avantages. Immédiatement après l'opération, ils ont pour but d'entraîner les débris de muqueuse que la curette n'a pas ramenés à l'extérieur. Plus tard, et jusqu'à réparation complète de la muqueuse, ils maintiennent l'asepsie du milieu, ils décongestionnent le parenchyme utérin, ils favorisent le retrait de l'utérus en cas de sub-involution, etc.

La solution saturée d'acide picrique est, à mon avis, la solution de choix pour ces lavages. Elle est suffisamment antiseptique sans aucune toxicité, ce qui la rend très supérieure aux solutions d'acide phénique ou de sublimé ; ces dernières ne peuvent, en effet, être employées qu'à un faible degré de concentration, en raison de leur absorption si facile et des dangers d'intoxication qui en sont la conséquence.

On fera un lavage intra-utérin, tous les quatre ou cinq jours, en même temps qu'on renouvelle le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Deux ou trois litres de liquide sont employés à chaque lavage ; la solution doit être à une température de 38° à 40°.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

R

S

T

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.